

IÄKKÄIDEN TIETÄMYS KÄYTTÄMISTÄÄN BENTSODIATSEPIINEISTA JA
NIIDEN KALTAISISTA LÄÄKEAINEISTA

Jenni Kleme
Pro gradu –tutkielma
Helsingin yliopisto
Farmasian tiedekunta
Sosiaalfarmasian osasto

Elokuu 2012



Tiedekunta/Osasto Fakultet/Sektion – Faculty Farmasian tiedekunta		Laitos/Institution – Department Sosiaalifarmasian osasto	
Tekijä/Författare – Author Kleme Jenni			
Työn nimi / Arbetets titel – Title Iäkkäiden tietämys käyttämistään bentsodiatsepiineista ja niiden kaltaisista lääkaineista			
Oppiaine / Läroämne – Subject Sosiaalifarmasia			
Työn laji/Arbetets art – Level Pro gradu –tutkielma		Aika/Datum – Month and year Elokuu 2012	Sivumäärä/ Sidoantal – Number of pages 84
Tiivistelmä/Referat – Abstract <p>Terveydenhuollon ammattilaisten antama lääkeinformaatio ja -neuvonta ovat avainasemassa potilaan lääkehoidon tukemisessa. Erityisesti iäkkäiden osalta tähän tulisi kiinnittää huomioita, sillä iäkkäiden lääkehoitoon liittyy monia ongelmia. Yksi ongelmia aiheuttavista lääkeaineryhmistä on psyykenlääkkeet, ja niistä erityisesti unilääkkeisiin ja rauhoittaviin lääkkeisiin kuuluvat bentsodiatsepiinit ja niiden kaltaiset lääkaineet. Vastoin hoitosuosituksia niitä käytetään yleisesti iäkkäillä, ja niiden käyttö on usein säännöllistä ja pitkäaikaista. Valmisteiden käyttöön on yhdistetty useita haittavaikutuksia, joista myös lääkettä käyttävien iäkkäiden tulisi olla tietoisia.</p> <p>Tutkimuksen ensisijaisena tavoitteena oli keskittyä iäkkäiden tietämykseen ja tietotarpeisiin käyttämistään bentsodiatsepiineista ja niiden kaltaisista lääkaineista. Tarkoituksena oli selvittää potilaiden tietolähteitä bentsodiatsepiinivalmisteiden hyödyistä ja haitoista sekä tietämystä niiden haittavaikutuksista. Lisäksi selvitettiin iäkkäiden bentsodiatsepiinivalmisteiden käyttöä ja heidän kokemuksiaan niistä.</p> <p>Tutkimusaineistona oli Porin kaupunginsairaalan akuuttiosastoilta (n = 2) vuonna 2004 strukturoidulla haastattelututkimuksella kerätty aineisto. Tutkimukseen otettiin mukaan ≥ 65-vuotiaat bentsodiatsepiineja tai niiden kaltaisia lääkaineita käyttävät potilaat (n = 38).</p> <p>Iäkkäät kokivat pakkausselosteen tärkeimmäksi tietolähteeksi lääkkeiden hyödyllisistä ja haitallisista vaikutuksista. Vasta pakkausselosteen jälkeen iäkkäät mainitsivat yleensä lääkärin. Yli 50 prosenttia iäkkäistä (n = 20) ei ollut saanut tietoa bentsodiatsepiinien tai niiden kaltaisten lääkeaineiden hyödyistä tai haitoista terveydenhuollon ammattilaisilta tai omaisilta. Tietoa oli saatu useammin lääkkeen hyödyllisistä kuin haitallisista vaikutuksista. Yleisimmin (61 %, n = 23) iäkkäät tiesivät bentsodiatsepiinivalmisteiden aiheuttamasta riippuvuudesta. Vähiten tietoisia oltiin bentsodiatsepiinivalmisteiden aiheuttamasta lihaskuivoudesta, masennuksesta ja kaatuilutaipumuksesta. Iäkkäistä kahdeksan ei ollut tietoinen yhdestäkään esitetystä haittavaikutuksesta ja lähes kaksi kolmasosaa (63 %, n = 24) tiesi vähemmän kuin neljä tutkimuksessa esitetyistä yhdestätoista haittavaikutuksesta.</p> <p>Terveydenhuollon ammattilaisten tulisi keskustella iäkkäiden kanssa valmisteiden hyödyistä, haitoista sekä lääkehoidossa esiintyvistä ongelmista. Iäkkäiden lääkeneuvontaan ja lääkeinformaatioon tulee kiinnittää huomioita varsinkin bentsodiatsepiinien ja niiden kaltaisten lääkeaineiden osalta.</p>			
Avainsanat – Nyckelord – Keywords Unilääkkeet ja rauhoittavat lääkkeet, bentsodiatsepiinit, bentsodiatsepiinin kaltaiset lääkaineet, vanhukset, lääketieto, lääkeinformaatio			
Säilytyspaikka – Förvaringställe – Where deposited Sosiaalifarmasian osasto			
Muita tietoja – Övriga uppgifter – Additional information Ohjaajat: Professori, FaT Marja Airaksinen, Helsingin yliopisto; Yliopistonlehtori, FaT Marika Pohjanoksa-Mäntylä, Helsingin yliopisto			



Tiedekunta/Osasto Fakultet/Sektion – Faculty Faculty of Pharmacy		Laitos/Institution – Department Division of Social Pharmacy	
Tekijä/Författare – Author Jenni Kleme			
Työn nimi / Arbetets titel – Title The elderly patients' knowledge about benzodiazepines and related drugs			
Oppiaine / Läroämne – Subject Social Pharmacy			
Työn laji/Arbetets art – Level Master's Thesis		Aika/Datum – Month and year August 2012	Sivumäärä/ Sidoantal – Number of pages 84
Tiivistelmä/Referat – Abstract <p>The medicines information and counseling given by health care professionals are essential in supporting patients' medication therapy. Given that medication therapies are often associated with medicine-related problems among the elderly, proper knowledge on medicines and their use is especially important for this particular patient group. Benzodiazepines and related drugs are of special concern in the elderly. Despite the current care guidelines, they are commonly used by the elderly, often also regularly and long-term basis. Benzodiazepines and related drugs are associated with multiple potential adverse drug reactions that their elderly users should be aware of.</p> <p>This study aimed at assessing the knowledge on medications, and needs and sources of medicines information on benzodiazepines and related drugs in the elderly. Especially, medicines information related to benefits and adverse drug reactions was studied. Additionally, data on use and subjective experiences of benzodiazepines or related drugs in the elderly were explored.</p> <p>Structured interviews were conducted among patients aged ≥ 65 years and using benzodiazepines or related drugs ($n = 38$) in acute wards ($n = 2$) of Pori City Hospital in 2004.</p> <p>Elderly patients reported that the package leaflet was the main source of medicines information on benefits and adverse drug reactions relating to medicines they used. The physician was reported as a second source after the package leaflet. More than 50 percent of the elderly ($n = 20$) had not received information about the benefits or adverse drug reactions of benzodiazepines from their health care providers or relatives. The information received had merely focused on benefits of drug than adverse drug reactions. Most commonly the elderly (61 %, $n = 23$) knew, that the use of benzodiazepines can cause drug dependence. Least commonly, they were aware that benzodiazepines can cause muscular weakness, depression and falling over. Eight elderly were not aware of any asked adverse drug reactions and nearly two thirds of the patients (63 %, $n = 24$) knew less than four adverse drug reactions out of eleven.</p> <p>The results indicate that elderly patients are not well aware of the effects of benzodiazepines and related drugs they use. Additionally, they may more often receive information from the package leaflet than health care professionals. Physicians and other health care professionals should pay more attention to counseling elderly patients especially about the benefits and adverse drug reactions of benzodiazepines and related drugs.</p>			
Avainsanat – Nyckelord – Keywords Hypnotics and sedatives, benzodiazepines, benzodiazepine related drugs, aged, drug knowledge, drug information services			
Säilytyspaikka – Förvaringställe – Where deposited Division of Social Pharmacy			
Muita tietoja – Övriga uppgifter – Additional information Supervisors: Professor, Ph.D., Marja Airaksinen, University of Helsinki; Senior Lecturer, Ph.D, Marika Pohjanoksa-Mäntylä, University of Helsinki			

SISÄLLYSLUETTELO

TIIVISTELMÄ SANASTOA

1	JOHDANTO.....	1
	KIRJALLISUUSKATSAUS	3
2	BENTSODIATSEPIINIEN JA NIIDEN KALTAISTEN LÄÄKEAINEIDEN KÄYTTÖ IÄKKÄILLÄ	3
2.1	Bentsodiatsepiiniyhdisteiden määrittely	3
2.2	Bentsodiatsepiiniyhdisteiden käytön yleisyys.....	7
2.2.1	Yleisyys kotona asuvilla iäkkäillä	9
2.2.2	Yleisyys laitoshoidossa ja hoitokodeissa asuvilla iäkkäillä.....	10
2.3	Iäkkäiden unettomuuden hoitoon liittyvät kansalliset hoitosuositukset.....	10
2.4	Iäkkäillä vältettävät bentsodiatsepiiniyhdisteet iäkkäillä potentiaalisesti haitallisten lääkeaineiden kriteeristöissä	12
3	IÄKKÄIDEN BENTSODIATSEPIINIEN JA NIIDEN KALTAISTEN LÄÄKEAINEIDEN KÄYTÖSSÄ HUOMIOITAVIA ASIOITA	14
3.1	Bentsodiatsepiiniyhdisteiden haittavaikutukset iäkkäillä	14
3.2	Bentsodiatsepiiniyhdisteiden käytössä huomioitavat farmakokineettiset muutokset iäkkäillä	15
4	POTILAIDEN KOKEMUKSIA BENTSODIATSEPIINIEN JA NIIDEN KALTAISTEN LÄÄKEAINEIDEN KÄYTÖSTÄ	16
4.1	Koetut hyödyt.....	17
4.2	Koetut haitat	18
4.3	Suhtautuminen valmisteiden käyttöön ja lopettamiseen	19
5	POTILAIDEN TIETOTARPEET JA TIETÄMYS BENTSODIATSEPIINEISTA JA NIIDEN KALTAISISTA LÄÄKEAINEISTA	20
5.1	Tietolähteet ja tiedonsaantiin liittyvät toiveet	28
5.1.1	Tietolähteet	29
5.1.2	Mitä potilaat haluavat tietää lääkkeistänsä?.....	31
5.2	Lääkeneuvonta	32
5.3	Tietämys yleisesti lääkkeistä.....	37
5.4	Tietämys bentsodiatsepiiniyhdisteistä.....	38
5.5	Aiempien tutkimusten arviointi.....	41

EMPIIRINEN OSA	43
6 TUTKIMUKSEN TAVOITTEET	43
7 TUTKIMUSAINEISTO JA MENETELMÄT	44
7.1 Aineiston keräys	44
7.2 Aineiston analysointi	47
8 TUTKIMUKSEN TULOKSET	48
8.1 Potilaiden taustatiedot	48
8.2 Lääkehoidon toteutuminen kotona ja kokemukset bentsodiatsepiinivalmisteista	49
8.2.1 Bentsodiatsepiinivalmisteet ja niiden käyttö	49
8.2.2 Bentsodiatsepiinivalmisteiden käyttö suositukset huomioiden	52
8.2.3 Lääkityksestä koetut hyödyt ja haitat	53
8.3 Lääkeinformaatio ja tietämys	55
8.3.1 Lääkeinformaatio yleisesti lääkkeistä	55
8.3.2 Lääkeinformaatio bentsodiatsepiiniyhdisteisiin liittyen	58
8.3.3 Potilaiden tietämys käyttämistään bentsodiatsepiiniyhdisteistä	60
8.4 Lopetusyritykset ja lopetushalukkuus	61
9 POHDINTA	62
10 JOHTOPÄÄTÖKSET	76
11 KIRJALLISUUSLUETTELO	77

LIITTEET

LIITE 1: Perusterveydenhuollon potilaiden bentsodiatsepiinien käyttö kotona ja potilaiden tiedot bentsodiatsepiineista. Kyselylomake 2.

SANASTOA

Beers-lääke	Beersin kriteerien mukaisesti iäkkäillä vältettävä joko annoksesta riippuva tai riippumaton lääkeaine (Fick ym. 2003)
Bentsodiatsepiinin kaltaiset lääkeaineet	Tsopikloni, tsolpideemi ja tsaleploni
Bentsodiatsepiinivalmisteet / -yhdisteet	Bentsodiatsepiinit ja bentsodiatsepiinin kaltaiset lääkeaineet
Farmakodynamiikka	Lääkeaineen vaikutus kudostasolla
Farmakokinetiikka	Lääkeaineen imeytyminen, jakautuminen, metabolia ja erittyminen
GABA _A -reseptori	Kloridikanavareseptori, johon bentsodiatsepiint ja niiden kaltaiset lääkeaineet sitoutuvat
Lääkeinformaatio	Tietoa lääkkeistä ja lääkehoidoista, joka on kuluttajien ja terveydenhuollon ammattilaisten saatavilla eri tietolähteistä joko kasvotusten, kirjallisesti tai sähköisten palveluiden (puhelin, internet, televisio ja radio) kautta
Lääkeneuvonta	Asiakkaan / potilaan ja terveydenhuollon ammattilaisen välinen neuvottelu, jossa ammattilainen asiakkaan henkilökohtaiset tarpeet ja tilanteen huomioiden tukee tämän selviytymistä lääkehoitonsa kanssa
Psykykenlääke	Unilääkkeet ja rauhoittavat lääkkeet, psykoosilääkkeet, masennuslääkkeet ja mielialantasajajat
Rebound-unettomuus	Äkillisen lopettamisen yhteydessä unettomuus palaa tilapäisesti takaisin voimakkaana
Tietotarpeet	Tietolähteet, tiedonsaantiin liittyvät toiveet, lääkeneuvonta ja tietämys lääkkeistä
Voimaantuminen (empowerment)	Potilaasta itsestään lähtevä prosessi, joka on yhteydessä potilaan omaan haluun ja omien päämäärien asettamiseen. Ammattilaisten antama tuki ja neuvonta auttavat voimaantumisessa.

1 JOHDANTO

Lääkepolitiikka 2020 asiakirjan mukaan lääkehuollon keskeisenä tavoitteena on mahdollistaa tehokas, turvallinen, tarkoituksenmukainen ja taloudellinen lääkehoito lääkkeiden käyttäjille (Sosiaali- ja terveysministeriö 2011). Kansallisten Käypä hoito -suositusten mukaista hoitoa on edistettävä lääkkeiden asianmukaisen käytön takaamiseksi. Tehokkaan ja turvallisen lääkehoidon varmistamiseksi erityisesti useaa lääkettä samanaikaisesti käyttäville potilaille, iäkkäille sekä muille erityisryhmille suositellaan lääkehoitosuunnitelman tekemistä ja säännöllistä lääkehoidon arviointia. Iäkkäiden lääkehoitoon liittyvät ongelmat ovatkin nousseet viime aikoina esille (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006). Iäkkäiden lääkehoitoon liittyy erityisesti useiden lääkeaineiden samanaikainen käyttö sekä elimistössä tapahtuvat fysiologiset muutokset, jotka saattavat vaikuttaa lääkeaineiden farmakokineettisiin ja farmakodynaamisiin ominaisuuksiin (Kivelä ja Rähä 2007).

Muun muassa iäkkäiden psyykenlääkkeiden käyttöön on yhdistetty useita kliinisesti merkittäviä haittavaikutuksia (Kivelä ja Rähä 2007). Iäkkäiden keskuudessa psyykenlääkkeiden, ja erityisesti unilääkkeisiin ja rauhoittaviin lääkkeisiin kuuluvien bentsodiatsepiinien ja niiden kaltaisten lääkeaineiden käyttö on kuitenkin yleistä hoitosuosituksista huolimatta (Linjakumpu ym. 2002; Hartikainen ym. 2003; Puustinen ym. 2007; Dimitrow 2009; Nurminen ym. 2009; Konu ym. 2010; Leikola ym. 2011). Unettomuuden Käypä hoito -suosituksen (2008) mukaisesti bentsodiatsepiineja ja niiden kaltaisia lääkeaineita tulisi käyttää vain lyhytaikaisesti, ja erityisesti iäkkäiden unettomuuden hoidossa jatkuvaa lääkitystä tulisi välttää. Bentsodiatsepiinien ja niiden kaltaisten lääkeaineiden käyttö iäkkäillä on usein kuitenkin säännöllistä ja pitkäaikaista (Linjakumpu ym. 2002; Puustinen ym. 2007; Rikala ym. 2011). Samanaikaisesti saatetaan käyttää myös muita psyykenlääkkeitä, ja jopa kahta tai useampaa bentsodiatsepiinivalmistetta (Puustinen ym. 2007; Nurminen 2010; Rikala 2011).

Lääkepolitiikan yhtenä tavoitteena mainitaan myös luotettavan ja rationaalisen lääkehoitoa tukevan informaation tuottaminen ja välittämisen lisääminen lääkkeen käyttäjille (Sosiaali- ja terveysministeriö 2011). Lääkkeiden käyttäjille

lääkeinformaatiota ja heidän tietämystään käyttämistään bentsodiatsepiineista ja niiden kaltaisista lääkeaineista.

KIRJALLISUUSKATSAUS

2 BENTSODIATSEPIINIEN JA NIIDEN KALTAISTEN LÄÄKEAINEIDEN KÄYTTÖ IÄKKÄILLÄ

2.1 Bentsodiatsepiiniyhdisteiden määrittely

Bentsodiatsepiinit ovat pääasiassa keskushermostoon vaikuttavia lääkeaineita, joiden vaikutukset perustuvat niiden sitoutumiseen aivoissa GABA_A-reseptoriin (Syvälahti ja Hietala 2007). Bentsodiatsepiinien keskeisimmät vaikutukset ovat ahdistuneisuutta lievittävät, rauhoittavat, väsyttävät, lihaksia rentouttavat ja kouristuksia estävät vaikutukset. Yleisimmin bentsodiatsepiineja käytetään ahdistuksen ja pelkotilojen sekä unihäiriöiden hoidossa. Bentsodiatsepiineja käytetään myös vieroitustilojen hoidossa, epilepsian kohtaus- ja lisälääkkeinä. Pelkästään unettomuuden hoidossa käytettävät bentsodiatsepiinin kaltaiset lääkeaineet tsopikloni, tsolpideemi ja tsaleploni eroavat kemialliselta rakenteeltaan bentsodiatsepiineista, mutta vaikuttavat silti saman reseptorin kautta. Bentsodiatsepiinin kaltaiset lääkeaineet sitoutuvat samaan GABA_A-reseptorikompleksiin, mutta ne sitoutuvat bentsodiatsepiineja selektiivisemmin vain tiettyihin alayksiköihin. Bentsodiatsepiineihin verrattuna niillä on voimakas väsyttävä vaikutus, mutta vähemmän ahdistusta lieventävää ja kouristuksia estävää vaikutusta.

Bentsodiatsepiiniyhdisteet luokitellaan kuuluvaksi psykenlääkkeisiin psykoosilääkkeiden, masennuslääkkeiden, mielialantasaajien sekä muiden unilääkkeiden ja rauhoittavien lääkkeiden lisäksi (Duodecim Lääketietokanta 2011). Anatomis-terapeuttis-kemiallisen (Anatomical Therapeutic Chemical, ATC) luokituksen mukaisesti bentsodiatsepiinit ovat hermostoon vaikuttavia lääkeaineita (N), jotka tarkemmin luokiteltuna määritellään neuroosilääkkeisiin ja rauhoittaviin aineisiin (N05B), unilääkkeisiin (N05C) tai epilepsialääkkeisiin (N03A) kuuluviksi (Lääkkeiden luokitus (ATC) ja määritellyt vuorokausiannokset (DDD) 2011). Suomessa

markkinoilla olevista bentsodiatsepiinivalmisteista neuroosilääkkeisiin ja rauhoittaviin aineisiin kuuluvat diatsepaami, klooridiatsepoksidi, oksatsepaami, loratsepaami, klobatsaami ja alpratsolaami. Unilääkkeisiin sisältyvät nitratsepaami, triatsolaami, tematsepaami ja midatsolaami sekä bentsodiatsepiinin kaltaiset lääkeaineet tsopikloni, tsolpideemi ja tsaleploni. Epilepsialääkkeisiin kuuluu klonatsepaami. Lisäksi markkinoilla on klooridiatsepoksidia ja diatsepaamia sisältäviä yhdistelmävalmisteita eri lääkeaineiden kanssa. Klooridiatsepoksidia sisältävät yhdistelmävalmisteet amitriptyliinin kanssa kuuluvat luokkaan masennuslääkkeiden ja muiden psykiatrisien lääkkeiden yhdistelmävalmisteet (N06CA). Klooridiatsepoksidia ja klidiinia sisältävä yhdistelmävalmiste kuuluu luokkaan synteettisen antikolinergin ja psyykenlääkkeen yhdistelmävalmisteet (A03CA). Tuki- ja liikuntaelinten sairauksien lääkkeitä (M) kuuluva diatsepaamia ja kiniinia sisältävä yhdistelmävalmiste kuuluu alaluokkaan kiniini ja johdokset (M09AA). Diatsepaamia ja syklitsiinia sisältävä yhdistelmävalmiste taas kuuluu systeemisistä antihistamiineista piperatsiinijohdoksiin (R06AE).

Bentsodiatsepiiniyhdisteet eroavat farmakokineettisiltä ominaisuuksiltaan toisistaan, ja ne luokitellaankin usein vaikutuksen keston mukaisesti pitkävaikutteisiin, keskipitkävaikutteisiin ja lyhytvaikutteisiin bentsodiatsepiineihin (Taulukko 1). Pitkävaikutteisten bentsodiatsepiinien eliminaation puoliintumisaika on useita kymmeniä tunteja (Schulz ja Schmoldt 2003). Lisäksi diatsepaami ja klooridiatsepoksidi metaboloituvat vielä pidempivaikutteisemmaksi yhdisteeksi, jonka puoliintumisaika voi olla jopa satoja tunteja (Syvälähti ja Hietala 2007). Keskipitkävaikutteisten bentsodiatsepiinien eliminaation puoliintumisaika vaihtelee kuudesta tunnista muutamaan kymmeneen tuntiin (Schulz ja Schmoldt 2003). Bentsodiatsepiinin kaltaisista lääkeaineista tsopikloni kuuluu myös tähän ryhmään. Lyhytvaikutteisten bentsodiatsepiinien puoliintumisaika on vain joitakin tunteja. Bentsodiatsepiinien kaltaisista lääkeaineista sekä tsaleploni että tsolpideemi ovat lyhytvaikutteisia.

Iäkkäiden lääkityksen arvioinnin tueksi kehitetyt yhdysvaltalainen Beersin kriteeri ja suomalainen iäkkäiden lääkityksen tietokanta määrittelevät juuri pitkävaikutteiset

bentsodiatsepiinit iäkkäille sopimattomiksi lääkeaineiksi (Fick ym. 2003; Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus 2010; American Geriatrics Society 2012 Beers Criteria Update Expert Panel 2012). Iäkkäillä vältettävien lääkeaineiden kohdalla yhdisteen tehoa ei ole osoitettu, lääkityksen riskit ovat hoidossa saavutettavia hyötyjä suuremmat tai turvallisempia vaihtoehtoja on saatavilla. Bentsodiatsepiiniyhdisteiden osalta nämä kaksi kriteeristöä poikkeavat jonkin verran toisistaan (Taulukko 1). Tarkemmin iäkkäille vältettäviä lääkeainelista bentsodiatsepiinien osalta käsitellään luvussa 2.4.

Tässä työssä käytetään bentsodiatsepiini-käsitettä kuvaamaan varsinaisia bentsodiatsepiinijohdoksia (N05BA, N05CD, N03AE), lukuun ottamatta yhdistelmävalmisteita. Bentsodiatsepiinin kaltaisiin lääkeaineisiin viitattaessa tarkoitetaan tsopiklonia, tsolpideemia ja tsaleplonia (N05CF). Bentsodiatsepiivalmisteista / -yhdisteistä tai unilääkkeistä ja rauhoittavista lääkkeistä puhuttaessa tarkoitetaan sekä bentsodiatsepiineja että bentsodiatsepiinin kaltaisia lääkeaineita. Jos ei tarkemmin eritellä, psykenlääkkeisiin viitattaessa tarkoitetaan unilääkkeisiin ja rauhoittaviin lääkkeisiin kuuluvien bentsodiatsepiiniyhdisteiden lisäksi psykoosilääkkeitä, masennuslääkkeitä ja mielialantasaajia (N05A, N05B, N06A).

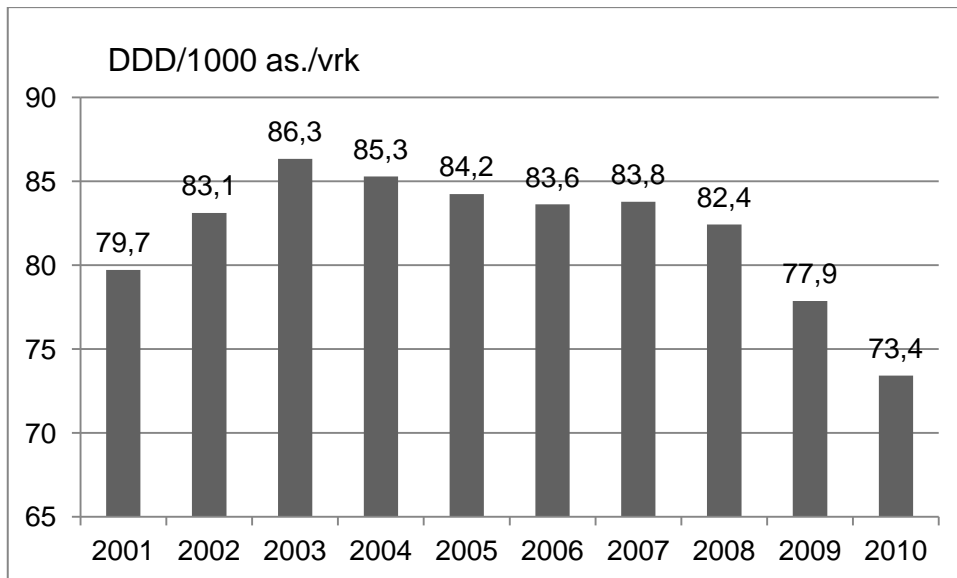
Taulukko 1. Suomessa myyntiluvan saaneet bentsodiatsepiinit ja niiden kaltaiset lääkeaineet sekä niiden käyttöön liittyvät kriteerit iäkkäillä (Fick ym. 2003²; Schulz ja Schmoldt 2003; Syvälahti ja Hietala 2007; Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus 2010¹; Kansaneläkelaitos, lääkehaku 2012).

Lääkeaine (ATC-luokka)	Suomessa myyntiluvan saaneet lääkevalmiste(et) (tilanne 01/2012)	Iäkkäiden lääkityksen tietokanta ¹		Beersin kriteerit ² , vältettävä lääke	t ½ (h)
		Luokka	Huomiot		
Pitkävaikutteiset					
Diatsepaami (N05BA01, M09AA72, R06AE53)	Diapam, Diazepam desitin, Medipam, Relapamil*, Stesolid, Vertipam*	D	Lääke kumuloituu elimistöön	Kyllä	24–48**
Klobatsaami (N05BA09)	Frisium	D	Lääke kumuloituu elimistöön		10–32
Klonatsepaami (N03AE01)	Rivatriil	D	Lääke kumuloituu elimistöön		20–60
Klooridiatsepoksidi (N06CA01, A03CA02, N05BA02)	Klotriptyl*, Klotriptyl Mite*, Librax*, Limbitrol*, Risolid	D	Lääke kumuloituu elimistöön	Kyllä	6–24**
Nitratsepaami (N05CD02)	Insomin	D	Lääke kumuloituu elimistöön		20–30
Keskipitkä-vaikutteiset					
Alpratsolaami (N05BA12)	Aplazolam alternova, Alprazolam mylan, Alprox, Xanor, Xanor depot	D	Lääke kumuloituu elimistöön	Kyllä, kun annos > 2 mg / vrk	6–20
Loratsepaami (N05BA06)	Lorazepam orifarm, Temesta	C	Annos alle 1 mg/vrk, vain lyhytaikaiseen käyttöön.	Kyllä, kun annos > 3 mg / vrk	10–40
Oksatsepaami (N05BA04)	Opamox, Oxamin	C	Sopiva aloitusannos on 7,5 mg, vain lyhytaikaiseen käyttöön.	Kyllä, kun annos > 60 mg / vrk	6–20
Tematsepaami (N05CD07)	Temazepam orion, Tenox	C	Sopiva aloitusannos on 5–10 mg, vain lyhytaikaiseen käyttöön.	Kyllä, kun annos > 15 mg / vrk	6–25
Lyhytvaikutteiset					
Midatsolaami (N05CD08)	Dormicum, Midazolam accord, Midazolam Hameln	D	Voidaan käyttää kertaluonteisesti esilääkkeenä.		1,5–3
Triatsolaami (N05CD05)	Halcion	D		Kyllä, kun annos > 0,25 mg / vrk	2–5
Bentsodiatsepiinien kaltaiset lääkeaineet					
Tsaleploni (N05CF03)	Sonata	D	Lyhytvaikutteinen		1
Tsopikloni (N05CF01)	Imovane, Zopiclone actavis, Zopiklon mylan, Zopinox, Zopitabs, Zopitin	C	Sopiva aloitusannos on 3,75 mg, vain lyhytaikaiseen käyttöön.		3,5–8
Tsolpideemi (N05CF02)	Somnor, Stella, Stilnoct, Zolpidem hexal, Zolpidem winthrop, Zolpidem-ratiopharm	C	Sopiva aloitusannos on 5 mg, vain lyhytaikaiseen käyttöön.		2–5

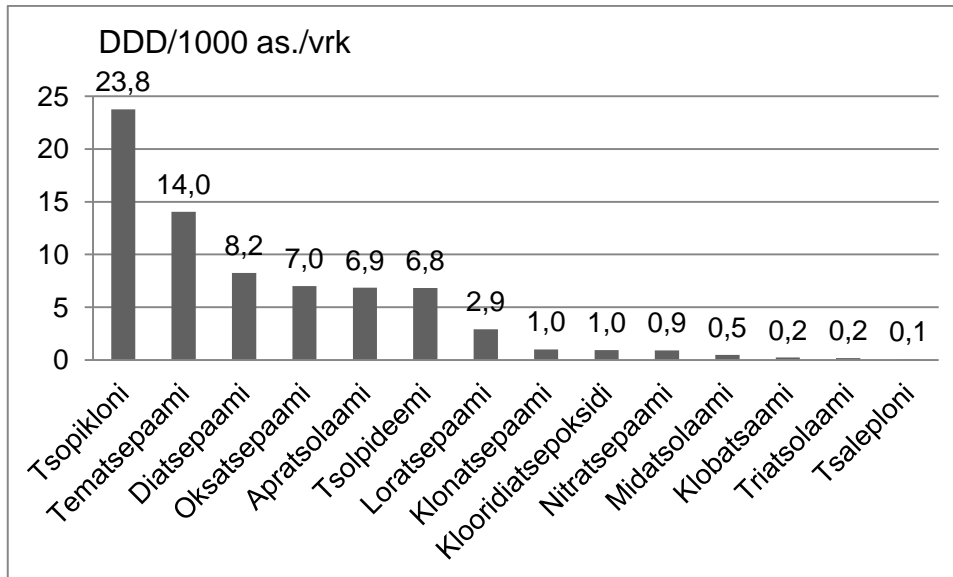
D = Vältä käyttöä iäkkäillä, C = Soveltuu varauksin iäkkäille, * yhdistelmävalmiste, ** metaboloituu N-desmetyylidiatsepaamiksi (t½ = 32–200 h).

2.2 Bentsodiatsepiiniyhdisteiden käytön yleisyys

Bentsodiatsepiinien ja niiden kaltaisten lääkeaineiden kokonaiskulutusta avohoidossa voidaan arvioida lääkekulutustietojen perusteella, jotka perustuvat lääketukkukauppojen myyntiin apteekkeille (Suomen lääketilasto 2010). Suomessa bentsodiatsepiinien ja niiden kaltaisten lääkeaineiden kulutus avohoidossa on vähentynyt viime vuosien aikana (Kuva 1) (Suomen lääketilastot 2001–2010). Näiden lääkeaineiden kulutus kasvoi tasaisesti aina vuoteen 2003 saakka. Vuonna 2010 ylivoimaisesti yleisimmin käytetty unilääkkeisiin tai rauhoittaviin lääkkeisiin kuuluva lääkeaine oli tsopikloni (Kuva 2) (Suomen lääketilasto 2010). Käytetyin bentsodiatsepiini oli puolestaan tematsepaami. Bentsodiatsepiinien kaltaisten lääkeaineiden kulutus on vuosien mittaan kasvanut varsinaisten bentsodiatsepiinien kulutuksen vähentyessä (Suomen lääketilastot 2001–2010). Vuoden 2007 jälkeen myös niiden kulutus on kääntynyt laskuun.



Kuva 1. Bentsodiatsepiinien ja niiden kaltaisten lääkeaineiden kulutus avohoidossa vuosina 2001–2010 (Suomen lääketilasto 2001–2010). Luvuissa on mukana neuroosi- ja rauhoittaviin lääkeaineisiin (N05B), unilääkkeisiin (N05C) ja epilepsialääkkeisiin (N03A) kuuluvat bentsodiatsepiiniyhdisteet. DDD/1000 as./vrk ilmoittaa promilleina sen osan väestöstä, joka on käyttänyt päivittäin lääkeainetta vuorokausiannoksen verran.



Kuva 2. Bentsodiatsepiinien ja niiden kaltaisten lääkeaineiden kulutus avohoidossa vuonna 2010 (Suomen lääketilasto 2010). DDD/1000 as./vrk ilmoittaa promilleina sen osan väestöstä, joka on käyttänyt päivittäin lääkeainetta vuorokausiannoksen verran.

Bentsodiatsepiinien ja niiden kaltaisten lääkeaineiden kokonaiskulutus ei kuvaa valmisteiden käyttöä iäkkäiden, ≥ 65 -vuotiaiden henkilöiden keskuudessa, joilla bentsodiatsepiinien ja niiden kaltaisten lääkeaineiden haittavaikutukset saattavat ylittää hoidossa saavutettavat hyödyt (Glass ym. 2005). Bentsodiatsepiineja ja niiden kaltaisia lääkeaineita käyttävien iäkkäiden tarkkaa kokonaismäärää on vaikea määrittää. Useat paikalliset ja valtakunnalliset tutkimukset antavat kuitenkin viitettä bentsodiatsepiiniyhdisteiden käytön yleisyydestä iäkkäillä (Linjakumpu ym. 2002; Hartikainen ym. 2003; Hosia-Randell ja Pitkälä 2005; Raivio ym. 2006; Puustinen ym. 2007; Hosia-Randell ym. 2008; Dimitrow 2009; Konu ym. 2010; Nurminen ym. 2010; Leikola ym. 2011; Rikala ym. 2011). Iäkkäiden unilääkkeiden ja rauhoittavien lääkkeiden kulutusta arvioivat paikalliset tutkimukset tarkastelevat myös muiden psyykenlääkkeiden tai iäkkäille sopimattomien lääkeaineiden samanaikaista käyttöä (Linjakumpu ym. 2002; Hartikainen ym. 2003; Hosia-Randell ja Pitkälä 2005; Raivio ym. 2006; Hosia-Randell ym. 2008; Rikala ym. 2011). Valtakunnanlaajuiset tutkimukset puolestaan tarkastelevat iäkkäiden lääkeaineiden kulutusta Kansaneläkelaitoksen (Kela) korvaustietojen perusteella (Dimitrow 2009; Konu ym. 2010; Leikola ym. 2011). Tällöin tulosten ulkopuolelle jäävät sairaaloissa ja laitoksissa käytetyt valmisteet sekä valmisteet, jotka eivät kuulu Kelan lääkekorvauksen piiriin.

2.2.1 Yleisyys kotona asuvilla iäkkäillä

Useat paikalliset tutkimukset osoittavat psyykenlääkkeiden käytön olevan yleistä kotona asuvilla iäkkäillä, ja valmisteiden käytön on havaittu lisääntyvän iän myötä (Linjakumpu ym. 2002; Hartikainen ym. 2003; Rikala ym. 2011). Näissä tutkimuksissa kotona asuvien iäkkäiden psyykenlääkkeiden käyttö on yhdistetty iän lisäksi naissukupuoleen, leskeyteen ja yksin asumiseen. Kuopiossa tehdyssä kolmivuotisessa seurantatutkimuksessa potilaat, joilla oli säännöllisessä käytössä kahta tai useampaa psyykenlääkettä, käyttivät todennäköisesti niitä myös pitkäaikaisesti (Rikala ym. 2011). Tutkimuksissa iäkkäillä yleisimmin käytettyjä psyykenlääkkeitä olivat unilääkkeisiin ja rauhoittaviin lääkkeisiin kuuluvat lääkeaineet (Linjakumpu ym. 2002; Hartikainen ym. 2003; Rikala ym. 2011). Suurin osa käytti unilääkkeitä säännöllisesti hoitosuositusten vastaisesti (Linjakumpu ym. 2002; Rikala ym. 2011). Kuopiossa tehdyssä tutkimuksessa lähes kolmannes kotona asuvista ≥ 75 -vuotiaista iäkkäistä ($n = 523$) käytti unilääkkeisiin ja rauhoittaviin lääkkeisiin kuuluvia lääkeaineita 1990-luvun loppupuolella (Hartikainen ym. 2003). Yleisemmin käytössä oli bentsodiatsepiinien kaltainen lääkeaine tai keskipitkävaikutteinen bentsodiatsepiini. Vuonna 2004 Kuopiossa tehdyssä tutkimuksessa bentsodiatsepiinivalmisteita käyttävien, kotona asuvien ≥ 75 -vuotiaiden osuus ($n = 219 / 700$, 31 %) pysyi lähes samana (Rikala ym. 2011). Käytön havaittiin myös olevan säännöllistä ja pitkäaikaista: joka viides kotona asuvista iäkkäistä käytti bentsodiatsepiinivalmisteita säännöllisesti koko kolmivuotisen seurantajakson ajan.

Kansaneläkelaitoksen (Kela) korvaustietojen perusteella noin 15 prosenttia kotona asuvista 65-vuotiaista tai sitä vanhemmista suomalaisista käytti bentsodiatsepiineja vuonna 2007 (Konu ym. 2010). Vaikutusajan mukaan luokiteltuna iäkkäät käyttivät useimmiten keskipitkävaikutteisia bentsodiatsepiineja, ja niistä yleisimmin tematsepaamia. Vuonna 2007 yleisimmin käytetty Beersin kriteerien mukaan vältettävä lääkeaine ≥ 65 -vuotiailla ei-laitoshoidossa olevilla suomalaisilla olikin tematsepaami yli 15 milligramman vuorokausiannoksella ($n = 36\,923 / 841\,509$; 4 %) (Dimitrow 2009, Leikola ym. 2011). Suomessa on markkinoilla sekä 10 milligramman että 20 milligramman tematsepaamivalmisteita, ja tutkimuksessa suurin osa (83 %) käytössä olevista tematsepaamivalmisteista oli 20 milligramman vahvuutta. Toiseksi yleisin

Beers-lääke oli pitkävaikutteiset bentsodiatsepiinivalmisteet (n = 20 456 / 841 509; 2 %). Kansaneläkelaitoksen toimituslukuja tarkasteltaessa tulee kuitenkin huomioida, etteivät pienet pakkauskoot useinkaan kuulu Kelan lääkekorvauksen piiriin. Lisäksi osa bentsodiatsepiineista (midatsolaami, triatsolaami) ja bentsodiatsepiinien yhdistelmävalmisteista (Vertipam[®], Librax[®]) jää kokonaan Kelan korvauksen ulkopuolelle (Kansaneläkelaitos, lääkehaku 2012). Siten bentsodiatsepiinien käyttö on todellisuudessa vielä runsaampaa.

2.2.2 Yleisyys laitoshoidossa ja hoitokodeissa asuvilla iäkkäillä

Laitoshoidossa olevilla ja hoitokodeissa asuvilla iäkkäillä psyykenlääkkeiden käyttö on vielä yleisempää kuin kotona asuvilla (Hosia-Randell ja Pitkälä 2005). Hosia-Randellin ja Pitkälän (2005) tutkimuksessa helsinkiläisten hoitokotien asukkaista (n = 1987) 80 prosenttia käytti säännöllisesti ainakin yhtä psyykenlääkettä vuonna 2003, ja keskimäärin käytössä oli kahdeksan psyykenlääkkeisiin kuuluvaa lääkeainetta. Yli neljännes käytti ainakin yhtä ahdistusta lieventävää lääkeainetta, ja vielä hieman useampi käytti ainakin yhtä unilääkettä. Kahdessa Helsingissä tehdyssä tutkimuksessa ilmenee, että Beersin kriteerien mukaan iäkkäille sopimattomista lääkeaineista käytettiin eniten keskipitkävaikutteisia bentsodiatsepiineja suosituksia suuremmilla annoksilla (Raivio ym. 2006; Hosia-Randell ym. 2008). Keskipitkävaikutteisia bentsodiatsepiineja suosituksia suuremmalla annostuksella oli käytössä noin 14 prosentilla Helsingissä laitoshoidossa olevista tai hoitokodeissa asuvista iäkkäistä. Kuten kotona asuvilla iäkkäillä myös heillä tematsepaami yli 15 milligramman vuorokausiannoksella oli yleisin. Pitkävaikutteisia bentsodiatsepiineja oli käytössä hieman yli kahdella prosentilla asukkaista (Hosia-Randell ym. 2008). Luku on samaa luokkaa kuin kotona asuvilla iäkkäillä (Dimitrow 2009; Leikola ym. 2011).

2.3 Iäkkäiden unettomuuden hoitoon liittyvät kansalliset hoitosuosituksot

Suomalaisen lääkäriseuran Duodecimin julkaiseman kansallisen unettomuuden Käypä hoito -suositukseen (2008) mukaan tilapäisen unettomuuden hoidossa voidaan tarvittaessa käyttää unilääkkeitä lyhytaikaisesti. Pitkäaikaisen unettomuuden hoidossa

parhaat tulokset saavutetaan sen sijaan lääkkeettömillä hoidoilla. Erityisesti iäkkäiden unettomuuden hoidossa jatkuvaa unilääkitystä tulisi välttää. Suosituksen mukaan ikääntyneille sopivat samat lääkkeet kuin työikäisille, mutta käytettävien lääkeannosten tulee olla pienempiä. Bentsodiatsepiiniyhdisteistä käyttökelpoisia lääkeaineita ovat keskipitkävaikutteisista lääkeaineista tematsepaami ja tsopikloni sekä lyhytvaikutteiseksi luokiteltu tsolpideemi ja tsaleploni. Niiden käytön kesto tulisi kuitenkin rajata kahteen viikkoon. Pitkävaikutteisia bentsodiatsepiineja ei sen sijaan tulisi käyttää lainkaan iäkkäiden unilääkkeenä.

Lääkelaitos ja Kansaneläkelaitos ovat julkaisseet katsauksen iäkkäiden lääkehoitoon liittyen Kapseli-sarjan julkaisuna vuonna 2007 (Kivelä ja Rähä 2007). Myös siinä bentsodiatsepiineja suositellaan vain vaikean unettomuuden lyhytaikaiseen hoitoon yhdessä lääkkeettömien hoitojen kanssa. Julkaisussa painotetaan, että unilääkettä tulee käyttää vain tarvittaessa, korkeintaan kolmena tai neljänä iltana viikossa ja 2–3 viikon ajan. Suositeltavin vaihtoehto iäkkäiden tilapäisen unettomuuden hoidossa on pieni annos keskipitkävaikutteisista bentsodiatsepiinivalmistetta. Kapseli-sarjan julkaisussa parhaiten iäkkäille soveltuvaksi suositellaan tematsepaamia 10 milligramman annoksella. Tematsepaamilla ei ole aktiivisia metaboliitteja ja sen puoliintumisaika keski-ikäisellä on noin kahdeksan tuntia.

Suosituksen mukaisesti lääkkeettömät hoidot ovat ensisijaisia hoitomuotoja iäkkäiden unettomuuden hoidossa (Kivelä ja Rähä 2007; Unettomuus, Käypä hoito -suositus 2008). Bentsodiatsepiinivalmisteita tulisi käyttää vain vaikean tilapäisen unettomuuden hoidossa, ja lääkehoito tulisi aina yhdistää lääkkeettömien hoitojen kanssa (Kivelä ja Rähä 2007). Lääkkeettömät hoidot sisältävät unettomuutta ylläpitävien tekijöiden kartoittamista sekä toiminnallisia ja kognitiivisia menetelmiä (Unettomuus, Käypä hoito -suositus 2008). Toiminnalliset menetelmät, kuten elintapojen tarkistaminen, rentoutus, uniärsykkeiden hallinta ja vuoteessa olon rajoittaminen, tähtäävät unirytmien säännöllistämiseen, elintapamuutoksiin ja nukkumista helpottavien ulkoisten olosuhteiden luomiseen. Kognitiivisilla menetelmillä puolestaan tarkoitetaan terapiaa, joissa tutkitaan ihmisen tapaa käsitellä huolia ja ongelmia. Kognitiivisia menetelmiä

pidetään ensisijaisina, sillä ne vaikuttavat unettomuutta ylläpitäviin tekijöihin ja niiden teho säilyy hoidon loputtuakin.

2.4 Iäkkäillä vältettävät bentsodiatsepiiniyhdisteet iäkkäillä potentiaalisesti haitallisten lääkeaineiden kriteeristöissä

Iäkkäiden lääkityksen arvioinnin tueksi on kehitetty useita kansainvälisiä kriteerejä, joiden tavoitteena on tukea asianmukaista lääkkeiden käyttöä iäkkäillä (McLeod ym. 1997; Fick ym. 2003; Laroche ym. 2007; Gallagher ym. 2008; American Geriatrics Society 2012 Beers Criteria Update Expert Panel 2012). Kriteerit on laadittu asiantuntijoiden konsensuskokouksissa asiantuntijajaneelia käyttäen. Kansainvälisistä kriteeristöistä tunnetuin on yhdysvaltalaisen asiantuntijajaneelin 1990-luvun alussa laatima Beersin lista (Beers ym. 1991). Listan viimeisin päivitys on vuodelta 2012 (American Geriatrics Society 2012 Beers Criteria Update Expert Panel 2012). Kansainvälisestä listasta puuttuu joitakin Suomessa yleisesti iäkkäillä käytössä olevia lääkeaineita, ja vastaavasti se sisältää lääkeaineita, joilla ei ole myyntilupaa Suomessa. Aikaisempaa Fick ym. vuonna 2003 päivittämää Beersin listaa on käytetty laajasti, ja myös useat suomalaiset tutkimukset ovat hyödyntäneet sitä arvioidessaan iäkkäille sopimattomien lääkeaineiden käyttöä (Pitkälä ym. 2002; Raivio ym. 2006; Hosia-Randell ym. 2008; Dimitrow 2009; Leikola ym. 2011). Tässä opinnäytetyössä on hyödynnetty vuoden 2003 kriteeristöä, joten jatkossa sekä työn kirjallisuusosassa että empiirisessä osassa viitataan siihen (Fick ym. 2003).

Vuoden 2003 Beersin kriteerien mukaan pitkävaikutteisia bentsodiatsepiineja tulisi välttää ikääntyvien lääkityksessä pidentyneen puoliintumisajan takia (Fick ym. 2003). Keskipitkävaikutteisia bentsodiatsepiineja tulisi puolestaan käyttää vain pienellä annostuksella (Taulukko 1). Pitkävaikutteisista bentsodiatsepiineista Beersin listasta puuttuvat Suomessa käytössä olevat klobatsaami, klonatsepaami ja nitratsepaami. Bentsodiatsepiinin kaltaiset lääkeaineet ja lyhytvaikutteisista bentsodiatsepiineista midatsolaami eivät myöskään ole vuoden 2003 Beersin kriteerien mukaan iäkkäille vältettävien lääkeaineiden listalla.

Kansainvälisten suositusten soveltaminen onkin usein haasteellista eri maiden lääkevalikoiman ja hoitokäytäntöjen eroavaisuuksien takia. Tästä johtuen muun muassa Ruotsissa, Norjassa ja Suomessa on kehitetty omat listat iäkkäille vältettävistä lääkeaineista (Socialstyrelsen 2003; Rognstad ym. 2009; Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus 2010; Socialstyrelsen 2010). Suomalainen iäkkäiden lääkityksen tietokannan kehittäminen aloitettiin Lääkehoidon kehittämiskeskuksen (ROHTO) asettamassa työryhmässä ja se valmistui elokuussa 2010 (Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus 2010). Työryhmä koostui geriatreista, kliinisistä farmakologeista ja proviisoreista. Tietokanta on tarkoitettu ensisijaisesti lääkäreiden ja muiden terveydenhuollon ammattilaisten tueksi iäkkäiden, 75 vuotta täyttäneiden, järkevämmän ja turvallisemman lääkehoidon takaamiseksi. Vältettävien lääkeaineiden lisäksi tietokanta koostuu myös muista iäkkäiden yleisesti käyttämistä lääkkeistä, joita voidaan turvallisesti heillä käyttää. Tietokanta sisältää arviot yhteensä 350 lääkeaineesta tai niiden yhdistelmästä. Lääkkeet on luokiteltu neljään luokkaan (A–D) tutkimustiedon ja kliinisen kokemuksen perusteella. D-luokkaan kuuluvien lääkeaineiden käyttöä tulisi välttää iäkkäillä. Käyttö on kuitenkin mahdollista erityistapauksissa tai kertaluonteisesti. Tähän luokkaan kuuluvien lääkeaineiden haittavaikutusriski ylittää tavallisesti hoidosta saatavan hyödyn. C-luokan lääkeaineet soveltuvat tietyin varauksin iäkkäille. Lääkeannosta joudutaan usein pienentämään tai annostelua harventamaan munuaistoiminnon heikentymisen tai merkittävän haittavaikutusriskin takia. B-luokan lääkeaineista tutkimusnäyttö, käyttökokemus tai teho on vähäinen iäkkäillä. A-luokkaan kuuluvat lääkeaineet puolestaan sopivat iäkkäille ja niitä voidaan käyttää kuten nuoremmillakin.

Iäkkäiden lääkityksen tietokannan mukaan iäkkäille vältettäviä D-luokan lääkeaineita bentsodiatsepiineista tai niiden kaltaisista lääkeaineista ovat sekä pitkävaikutteiset että lyhytvaikutteiset bentsodiatsepiinit ja keskipitkävaikutteiseksi luokiteltu alpratsolaami (Taulukko 1) (Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus 2010). Iäkkäillä pitkävaikutteisten bentsodiatsepiinien kumuloituminen elimistöön lisää haittavaikutusten riskiä. Lyhytvaikutteisiin bentsodiatsepiineihin liittyy muistihäiriöiden, kaatumisen ja yöaikaisen sekavuuden riski. Ne myös aiheuttavat rebound-unettomuutta. Lyhytvaikutteiseksi luokiteltu tsolpideemi ja

keskipitkävaikutteisista bentsodiatsepiineista ja niiden kaltaisista lääkeaineista puolestaan oksatsepaami, tematsepaami, loratsepaami ja tsopikloni soveltuvat varauksin iäkkäille. Kuten muidenkin hoitosuosituksen mukaisesti, myös iäkkäiden lääkityksen tietokannan mukaan ne sopivat vain lyhytaikaiseen käyttöön, enintään 2–4 viikkoa. Sopiva aloitusannos on puolet pienempi kuin suositeltu aikuisten annos (Taulukko 1). Iäkkäiden lääkityksen tietokannan määrittelemät aloitusannokset ovat selkeästi pienempiä kuin Beersin listan mukaiset vuorokausiannokset.

3 IÄKKÄIDEN BENTSODIATSEPIINIEN JA NIIDEN KALTAISTEN LÄÄKEAINEIDEN KÄYTÖSSÄ HUOMIOITAVIA ASIOITA

3.1 Bentsodiatsepiiniyhdisteiden haittavaikutukset iäkkäillä

Bentsodiatsepiinien ja niiden kaltaisten lääkeaineiden käyttöön on yhdistetty useita haittavaikutuksia erityisesti ikääntyvillä. Iäkkäillä unilääkkeiden haittavaikutukset ovat usein suuremmat kuin unettomuuden hoidossa saavutettavat hyödyt (Glass ym. 2005). Iäkkäillä pitkäaikainen bentsodiatsepiinien ja niiden kaltaisten lääkeaineiden käyttö on yhdistetty kyvyttömyyteen nukahtaa herättyään yöllä, lyhentyneeseen yönun kestoon ja heikentyneeseen liikuntakykyyn (Puustinen ym. 2007). Iäkkäillä bentsodiatsepiiniyhdisteiden haittavaikutuksista yleisiä ovat huimaus, aamuväsymys ja masennusoireet.

Unilääkkeinä käytettynä bentsodiatsepiinit ja niiden kaltaiset lääkeaineet voivat aiheuttaa päiväaikaista väsymystä sekä heikentää psykomotorista suorituskykyä ja kognitiivisia toimintoja (Vermeeren 2004). Alentuneen vireyden ja hidastuneet reagoinnin takia ne myös altistavat kaatumistapaturmille ja lonkkamurtumille sekä liikenneonnettomuuksille. Onnettomuusriski on suurin pitkävaikutteisten bentsodiatsepiinien kohdalla, mutta myös lyhytvaikutteiset bentsodiatsepiinit lisäävät riskiä. Vaikutusajan lisäksi annos, toleranssi ja muiden lääkkeiden samanaikainen käyttö vaikuttavat onnettomuusriskin suuruuteen. Etenkin ilta- ja yöaikaiset kaatuilut ovat yleisiä myös lyhyempivaikutteisilla bentsodiatsepiineilla. Bentsodiatsepiinien pitkäaikaisen käytön on havaittu vaikuttavan kognitiivisiin kykyihin kaikilla osa-

alueilla, kuten muun muassa muistiin, keskittymiskykyyn, ongelmien ratkaisukykyyn ja psykomotoriseen kykyyn (Barker ym. 2004a). Bentsodiatsepiinien käytön lopettamisen jälkeen kognitiivisten kykyjen palautuminen voi viedä oman aikansa (Barker ym. 2004b). Tutkimusten mukaan ne eivät täysin palaudu ainakaan puolen vuoden sisään lopettamisesta, ja osassa kyvyissä saattaa ilmetä pysyvää vajausta.

Bentsodiatsepiinien ja niiden kaltaisten lääkeaineiden välillä ei ole havaittu olevan eroa kognitiivisten tai psykomotoristen häirtavaikutusten osalta (Glass ym. 2005). Yhdisteiden välillä ei ole myöskään merkittävää eroa hyödyissä tai muissa häirtavaikutuksissa, vaikka lääkärit suosivatkin bentsodiatsepiinien kaltaisten yhdisteiden käyttöä (Siriwardena ym. 2006; Siriwardena ym. 2008). Isossa-Britanniassa tehdyssä kyselytutkimuksesta ilmeni, että lääkärit uskoivat niiden olevan tehokkaampia ja turvallisempia unettomuuden hoidossa bentsodiatsepiineihin verrattuna (Siriwardena ym. 2006). Bentsodiatsepiinien ja niiden kaltaisten yhdisteiden välillä ei kuitenkaan ole havaittu olevan suurta eroa tehossa unettomuuden hoidossa (Dundar ym. 2004).

3.2 Bentsodiatsepiinyhdisteiden käytössä huomioitavat farmakokineettiset muutokset iäkkäillä

Ikääntymisen on havaittu vaikuttavan lääkeaineiden imeytymiseen, jakautumiseen, metaboliaan ja erittymiseen (Rowland ja Tozer 2009). Iän myötä mahasuolikanavan toiminta hidastuu ja mahan happamuus vähenee. Nämä saattavat vaikuttaa joidenkin lääkeaineiden imeytymiseen. Myös jakaantumistilavuus muuttuu iäkkäillä, sillä rasvakudoksen osuus kehon painosta kasvaa ja elimistön nestemäärä pienenee (Greenblatt ym. 1991; Cusack 2004). Lisäksi sitoutuminen plasman proteiineihin saattaa muuttua (Cusack 2004). Muun muassa plasman albumiinipitoisuus vähenee jonkin verran iän myötä, ja siten lääkeaineiden sitoutuminen albumiiniin saattaa vähentyä. Tällöin vapaan lääkeaineen pitoisuus plasmassa kasvaa. Lääkeaineiden erittyminen munuaisten kautta ja lääkeainemetabolia maksassa hidastuvat iän myötä, minkä vaikutuksesta lääkeaineiden eliminaation puoliintumisaajat ($t_{1/2}$) pitenevät (Rowland ja Tozer 2009). Myös jakaantumistilavuuden muutokset vaikuttavat puoliintumisaikaan.

Farmakokineettisten muutosten lisäksi herkkyys lääkeaineiden vaikutuksille saattaa kasvaa iäkkäillä (Greenblatt ym. 1991).

Ikääntymisen aiheuttamat farmakokineettiset muutokset voivat nostaa bentsodiatsepiinien plasmapitoisuuksia iäkkäillä (Greenblatt ym. 1991). Iän lisäksi vaikuttavat lääkeannos, annosväli ja hoidon kesto sekä myös potilaan muut lääkkeet ja sairaudet. Rasvaliukoisina aineina bentsodiatsepiinit jakautuvat rasvakudokseen (Cusack 2004). Jakaantumistilavuuden kasvaessa myös eliminaation puoliintumisaika pitenee. Bentsodiatsepiinien heikentynyt puhdistuma iäkkäillä on yhdistetty ainakin oksidaation kautta metaboloituvien yhdisteisiin (diatsepaami, klooridiatsepoksidi, alpratsolaami, triatsolaami ja midatsolaami) (Greenblatt ym. 1991). Pääasiassa glukuronidaation kautta metaboloituvilla yhdisteillä (oksatsepaami, loratsepaami ja tematsepaami) on havaittu olevan vähäisempi vaikutus puhdistumaan. Sekä puhdistuman väheneminen että jakaantumistilavuuden kasvaminen vaikuttavat eliminaation puoliintumisaikaa pidentävästi, ja pitkäaikaisessa käytössä bentsodiatsepiinien kumuloitumisvaara iäkkäillä kasvaa.

4 POTILAIEN KOKEMUKSIA BENTSODIATSEPIINIEN JA NIIDEN KALTAISTEN LÄÄKEAINEIDEN KÄYTÖSTÄ

Useat tutkimukset ovat selvittäneet unilääkkeitä käyttävien potilaiden asenteita ja käsityksiä bentsodiatsepiiniyhdisteiden käytöstä (Nolan ja O'Malley 1988; King ym. 1990; Barter ja Cormack 1996; Magnusdottir ja Ribacke 1996; Iliffe ym. 2004; Parr ym. 2006; Anthierens ym. 2007b; Cook 2007a; Siriwardena ym. 2008). Osa näistä tutkimuksista antaa myös viitettä potilaiden kokemista bentsodiatsepiinivalmisteiden hyödyistä ja haitoista (Nolan ja O'Malley 1988; King ym. 1990; Barter ja Cormack 1996; Iliffe ym. 2004; Cook 2007a; Siriwardena ym. 2008). Osa tutkimuksista taas painottuu yleisen kuvaamisen lisäksi nimenomaan pitkäaikaiskäyttöön ja riippuvuuteen vaikuttavien tekijöiden selvittämiseen (Barnas ym. 1991; Voyer ym. 2004; Cook ym. 2007a).

Aiempien tutkimusten mukaan bentsodiatsepiinivalmisteiden säännöllinen ja pitkäaikainen käyttö on yleistä (Nolan ja O'Malley 1988; Barnas ym. 1991; Magnusdottir ja Ribacke 1996; Iliffe ym. 2004). Yleisimmin bentsodiatsepiini oli aikaisemmissa tutkimuksissa määrätty unettomuuteen, ja suurin osa käytti sitä myös tutkimusajankohtana nukahtamiseen (Nolan ja O'Malley 1988; King ym. 1990; Barnas ym. 1991; Iliffe ym. 2004). Muita syitä bentsodiatsepiinien käytölle alkuaan olivat muun muassa ahdistuneisuus, rauhattomuus, läheisen menehtyminen tai sairaalassaolo (Nolan ja O'Malley 1988; Iliffe ym. 2004; Cook ym. 2007a). Mitä pidempään potilaat olivat käyttäneet unilääkkeitä, sitä säännöllisempää niiden käyttö oli ollut (Magnusdottir ja Ribacke 1996). Valtaosa käytti unilääkettä säännöllisesti nukkumaan mennessään ilman, että yritti ensin nukahtaa. Huomattavasti harvempi otti lääkkeen, kun heistä tuntui, että eivät saa unta. Bentsodiatsepiineja pitkään käyttäneillä potilailla annos oli usein noussut ensimmäisestä reseptistä (King ym. 1990; Parr ym. 2006). Irlannissa tehdyssä haastattelututkimuksessa bentsodiatsepiineja apteekista hakevista asiakkaista (n = 450) suurin osa sanoi käyttäneensä bentsodiatsepiineja annosohjeen mukaisesti (Nolan ja O'Malley 1988). Hieman yli viidennes oli käyttänyt bentsodiatsepiineja vähemmän kuin lääkäri oli määrännyt ja kahdeksan prosenttia enemmän kuin oli määrätty. Kanadassa tehdyssä haastattelututkimuksessa iäkkäät (n = 45) puolestaan käyttivät tarvittaessa käytössä oleviksi määrättyjä bentsodiatsepiineja usein vähemmän kuin, mitä lääkäri oli määrännyt (Voyer ym. 2004). Potilailla, joilla bentsodiatsepiini oli määrätty säännölliseen käyttöön, käyttivät lääkettä sen sijaan juuri annosohjeen mukaisesti, eivätkä yhtään vähempää.

4.1 Koetut hyödyt

Useat tutkimukset antavat viitettä siitä, että bentsodiatsepiiniyhdisteitä käyttävät potilaat pitävät valmisteita hyödyllisinä (Nolan ja O'Malley 1988; King ym. 1990; Siriwardena ym. 2008). Nolanin ja O'Malleyn (1988) strukturoidussa haastattelututkimuksessa kaksi kolmasosaa irlantilaisista apteekeista (n = 16) bentsodiatsepiineja hakevista asiakkaista (n = 450) piti käyttämänsä bentsodiatsepiinia hyvin hyödyllisenä ja vajaa kolmekymmentä prosenttia joskus hyödyllisenä unettomuuden tai rauhattomuuden hoidossa. Etelä-Lontoossa tehdyssä haastattelututkimuksessa bentsodiatsepiineja

pitkään käyttäneistä, pääosin iäkkäistä potilaista (n = 64) lähes 40 prosenttia koki lääkityksestä olevan apua ja lähes viidennes potilaista (17 %) koki, ettei voisi selvitä ilman lääkettä (King ym. 1990). Yleisesti bentsodiatsepiinit koettiin hyödylliseksi, koska ne auttoivat unen saannissa ja rauhoittivat. Isossa-Britanniassa, Lincolshiressa tehdyssä kyselytutkimuksessa bentsodiatsepiineja ja niiden kaltaisia lääkkeitä käyttävistä potilaista (n = 705) yli puolet raportoi valmisteiden auttavan nukahtamaan nopeammin ja valvomaan vähemmän yön aikana (Siriwardena ym. 2008).

Lontoon kanta- ja esikaupunkialueella tehty puolistrukturoitu haastattelututkimus antaa kuitenkin viitettä siitä, että bentsodiatsepiinilääkityksestä koettu hyöty on yhteydessä potilaan (n = 192) lopetushalukkuuteen (Iliffe ym. 2004). Erityisesti iäkkäät, jotka eivät olleet kiinnostuneita lopettamaan lääkitystään (jatkajat), kokivat useimmiten bentsodiatsepiinit hyvin hyödylliseksi unettomuuden hoidossa. Myönteisesti bentsodiatsepiinien lopettamiseen suhtautuvista iäkkäistä (lopettajat) neljäsosa puolestaan koki, että heidän lääkityksestään oli vain vähän apua unettomuuteen. Jatkajista yli kolmannes ja lopettajista runsas viidennes raportoi, ettei heillä ollut koskaan uniongelmia, kun he ottivat iltaisin käyttämäänsä bentsodiatsepiinia. Lopettajista jopa 18 prosenttia ja jatkajista vain seitsemän prosenttia kertoi kärsivänsä unettomuudesta hyvin usein lääkityksestä huolimatta.

4.2 Koetut haitat

Cookin ym. (2007a) yhdysvaltalainen puolistrukturoitu haastattelututkimus antaa viitettä siitä, että yli 60-vuotiaat potilaat (n = 50) usein aliarvioivat ja jopa kielsivät lääkkeen mahdollisia haittavaikutuksia lääkkeen pienen koon ja annoksen perusteella. Haittavaikutuksia ei myöskään osattu tai haluttu yhdistää juuri bentsodiatsepiinilääkitykseen, koska potilailla oli käytössään paljon muitakin lääkkeitä. Haittavaikutukset ovat kuitenkin melko yleisiä bentsodiatsepiinivalmisteiden käytön yhteydessä. Siriwardenan ym. (2008) potilaiden kokemia bentsodiatsepiinivalmisteiden hyötyjä ja haittoja selvittävässä tutkimuksessa yli 40 prosenttia käyttäjistä ilmoitti ainakin yhden haittavaikutuksen. Yleisimpiä (yli 10 % käyttäjistä) haittavaikutuksia olivat päiväaikainen väsymys, päänsärky, huimaus sekä vaikeus keskittyä ja ajatella.

Muita epämieluisia vaikutuksia, kuten muistamattomuutta, keskittymisvaikeuksia ja tokkuraisuutta, on myös raportoitu (King ym. 1990).

Pitkäaikaisessa käytössä bentsodiatsepiinien tehon on havaittu heikkenevän. Etelä-Englannissa tehdyssä laadullisessa haastattelututkimuksessa (n = 11) iäkkäistä viisi kyseenalaisti lääkkeen vaikutuksen, kahden mielestä lääkkeitä ei ollut apua ja yksi oli epävarma tehosta (Barter ja Cormack 1996). Kolmen potilaan mielestä unilääkkeet eivät puolestaan olleet riittävän vahvoja. Vain kaksi potilasta ilmoitti lääkkeen tutkimusajankohtana auttavan unettomuuden hoidossa. Cookin ym. (2007a) haastattelututkimuksessa ilmeni, että suurin osa iäkkäistä bentsodiatsepiineja käyttävistä potilaista kielsi fyysisen riippuvuuden sekä vastusti voimakkaasti lääkkeiden vähentämistä tai lopettamista. Monet potilaat kuvailivat voimakasta psyykkistä tarvetta bentsodiatsepiineihin. He eivät uskoneet minkään muun kuin bentsodiatsepiinien auttavan. Valmisteet koettiin lähes välttämättömiksi.

4.3 Suhtautuminen valmisteiden käyttöön ja lopettamiseen

Belgiassa tehdystä haastattelututkimuksesta ilmenee, että ensimmäistä kertaa bentsodiatsepiinireseptin saaneet potilaat (n = 15) suhtautuivat ristiriitaisesti bentsodiatsepiinien käyttöä kohtaan (Anthierens ym. 2007b). He suhtautuivat siihen negatiivisesti ja olivat valmiita lopettamaan lääkityksen välttyäkseen riippuvuudelta. Toisaalta he kokivat lääkityksen välttämättömäksi, sillä he pelkäsivät ahdistuksen ja unettomuuden palaavan. Potilaat yrittivät oikeuttaa käyttöönsä liioittelemalla ongelmiaan ja aliarvioimalla bentsodiatsepiinien käyttöään. Pidempiaikaisesti bentsodiatsepiineja käyttäneet potilaat suhtautuivat pääosin myönteisemmin bentsodiatsepiinien käyttöön, ja syyllisyyden tunne unilääkkeiden käytön takia oli harvinaista (Magnusdottir ja Ribacke 1996; Cook ym. 2007a). Yli 70 % koki, ettei selviäisi ilman bentsodiatsepiineja (Barnas ym. 1991).

Lopetushalukkuus vaihteli eri tutkimuksissa lähes kahdestakymmenestä prosentista aina viiteenkymmeneen prosenttiin asti (King ym. 1990; Barter ja Cormack 1996; Voyer ym. 2004; Siriwardena ym. 2008). Voyerin ym. (2004) haastattelututkimuksessa

bentsodiatsepiinien käytön lopettamiseen myönteisesti suhtautuvat iäkkäät mainitsivat lopettamisen syyksi hyödyn puutteen ja koetut haittavaikutukset, kuten muistamattomuuden ja aamusekavuuden. Siriwardenan ym. (2008) kyselytutkimuksessa (n = 705) bentsodiatsepiinin kaltaisia yhdisteitä käyttävät potilaat olivat useammin halukkaampia lopettamaan unilääkkeiden käytön kuin bentsodiatsepiineja käyttävät potilaat. Tutkimuksissa yli puolet käyttäjistä oli joskus yrittänyt lopettaa bentsodiatsepiinien tai niiden kaltaisten yhdisteiden käytön (King ym. 1990; Voyer ym. 2004; Siriwardena ym. 2008). Potilaat olivat yrittäneet lopettaa lääkitystä, koska he pelkäsivät riippuvuutta, tunsivat voivansa paremmin tai lääkäri oli kehottanut heitä lopettamaan (King ym. 1990). Lopettamisen yhteydessä koetut vieroitusoireet olivat melko yleisiä (Parr ym. 2006; Siriwardena ym. 2008). Lähes neljäsosa oli kärsinyt vieroitusoireista lopettamisen yhteydessä (Siriwardena ym. 2008). Parrin ym. (2006) haastattelututkimuksessa potilaat kokivat esteeksi bentsodiatsepiinien käytön lopettamiselle koetut vieroitusoireet, lääkärin riittämättömän tuen sekä muun tukijoukon puutteen.

5 POTILAIEN TIETOTARPEET JA TIETÄMYS BENTSODIATSEPIINEISTA JA NIIDEN KALTAISISTA LÄÄKEAINEISTA

Tämä luku koostaa yhteen aikaisemman tutkimustiedon liittyen potilaiden tietotarpeisiin ja tietämukseen bentsodiatsepiineista ja niiden kaltaisista lääkeaineista. Katsaus perustuu systemaattisesti tehtyyn kirjallisuushakuun kansainvälisistä tietokannoista (Cinahl, Medline, Scopus, Web of Science). Haku rajattiin englanninkielisiin tutkimuksiin, jotka käsittelevät bentsodiatsepiineja tai niiden kaltaisia yhdisteitä käyttävien potilaiden tietotarpeita. Tutkimuksissa tarkasteltiin tietotarpeita eri näkökulmista: potilaiden käyttämien tietolähteiden (Barnas ym. 1991; Thompson ja Stewart 2001; Iliffe ym. 2004; Zwaenepoel ym. 2005; Agyapong ym. 2009), tiedonsaantiin liittyvien toiveiden (Thompson ja Stewart 2001; Zwaenepoel ym. 2005; Anthierens ym. 2007b), heidän saamansa lääkeneuvonnan (Barnas ym. 1991; Deveugele ym. 2004; Iliffe ym. 2004; Parr ym. 2006; Tarn ym. 2006; Cook ym. 2007a; Siriwardena ym. 2008) tai tietämyksen näkökulmista (Mansbridge ja Fisher 1984;

Nolan ja O'Malley 1988; Barnas ym. 1991; Magnusdottir ja Ribacke 1996; Barat ym. 2001; Mah ja Upshur 2002; Iliffe ym. 2004; Anthierens ym. 2007b). Katsauksessa käsitellään potilaiden käyttämiä tietolähteitä ja tiedonsaantiin liittyviä toiveita, kuten halutaanko lääkeinformaatio suullisessa vai kirjallisessa muodossa, mitä halutaan erityisesti tietää ja keneltä tietoa halutaan saada. Omana lukunaan tarkastellaan potilaan saamaa lääkeneuvontaa ja heidän tyytyväisyyttään siihen. Yhtenä tärkeänä näkökulmana keskitytään tutkimaan potilaiden tietämystä käyttämistään bentsodiatsepiineista tai niiden kaltaisista yhdisteistä. Turvallisen ja tarkoituksenmukaisen lääkehoidon kannalta potilaiden on tärkeää tietää ainakin lääkkeen käyttötarkoitus sekä milloin ja miten lääkettä tulee käyttää. Oleellista on myös tietää lääkkeen käytössä huomioon otettavia asioita, kuten yleisimmät haitta- ja yhteisvaikutukset.

Potilaiden tietotarpeita on eri tutkimuksissa tarkasteltu ensisijaisesti bentsodiatsepiiniyhdisteiden osalta (Mansbridge ja Fisher 1984; Nolan ja O'Malley 1988; Barnas ym. 1991; Magnusdottir ja Ribacke 1996; Mah ja Upshur 2002; Iliffe ym. 2004; Parr ym. 2006; Anthierens ym. 2007b; Cook ym. 2007a; Siriwardena ym. 2008). Näiden tutkimusten pääasiallisena tarkoituksena on usein ollut kuvata potilaiden bentsodiatsepiinivalmisteiden käyttöä sekä heidän kokemuksia ja käsityksiä käytöstä. Niissä on kuitenkin sivuttu bentsodiatsepiineja käyttävien potilaiden tietolähteitä, tiedonsaantiin liittyviä toiveita, lääkeneuvontaa ja tietämystä. Tietotarpeita ja tietämystä on tässä katsauksessa pyritty tarkastelemaan nimenomaan iäkkäiden näkökulmasta, mutta tutkimusten vähäisen määrän takia mukaan otettiin myös aikuisväestöllä tehtyjä tutkimuksia. Mahdollisimman laajan kuvan saamiseksi mukaan otettiin myös muutamia muilla lääkeaineryhmillä tehtyjä tutkimuksia, mutta niissä oli mukana myös bentsodiatsepiineja käyttäviä potilaita (Barat ym. 2001; Thompson ja Stewart 2001; Deveugele ym. 2004; Zwaenepoel ym. 2005; Tarn ym. 2006; Agyapong ym. 2009). Katsaukseen otettiin mukaan tutkimuksia, joissa aineisto muodostui psyykenlääkkeitä käyttävistä potilaista (Deveugele ym. 2004; Zwaenepoel ym. 2005; Tarn ym. 2006; Agyapong ym. 2009). Lisäksi kahdessa iäkkäillä tehdyssä tutkimuksessa aineisto muodostui potilaista, joilla oli käytössä vähintään yksi reseptilääke (Barat ym. 2001; Thompson ja Stewart 2001). Näissä tutkimuksissa käsiteltiin yleisesti iäkkäiden

tietotarpeita ja tietämystä käyttämistään lääkkeistä. Vaikka sekä iäkkäillä että psykyenlääkkeitä käyttävillä potilailla tehdyissä tutkimuksissa oli mukana bentsodiatsepiineja ja niiden kaltaisia lääkeaineita käyttäviä potilaita, tuloksista ei pysty erikseen tarkastelemaan juuri näiden potilaiden näkemyksiä. Katsaukseen sisällytetyt tutkimukset on kuvattu taulukossa 2. Taulukossa on eritelty tietotarpeita käsittelevät tutkimukset iäkkäillä ja aikuisväestössä. Tutkimusten tuloksia kuvattaessa on myös tekstissä pyritty korostamaan, missä ikäluokassa tutkimus on tehty.

Taulukko 2. Potilaiden tietämykseen ja tietotarpeisiin liittyvät tutkimukset käyttämistään lääkevalmisteista.

Tekijä ja paikka	Aineisto	Ikä	Menetelmä	Tavoite	Keskeiset löydökset
Tutkimukset iäkkäiden tietämyksestä ja tietotarpeista bentsodiatsepiineista ja niiden tavoin vaikuttavista lääkkeistä					
Mah ja Upshur (2002) Toronto, Kanada	Potilaat, joille lääkäri oli määrännyt bentsodiatsepiineja yli vuoden ajan (n = 93). Lisäksi tutkimuksissa mukana 25 lääkäriä.	≥ 60 vuotta, keskiarvo 77 vuotta	Kyselytutkimus, postitse	Määrittää ja vertailla potilaiden ja lääkäreiden käsityksiä pitkäaikaisen bentsodiatsepiinien käytön hyödyistä ja riskeistä iäkkäillä unettomuuden hoidossa.	Tietämys Keskimääräinen käsitys hyödyistä oli potilailla merkittävästi korkeampi kuin lääkäreillä ja keskimääräinen käsitys haitoista puolestaan merkittävästi alempi potilailla kuin lääkäreillä. Potilaiden ja lääkäreiden näkemyksissä oli selvä ristiriitaisuus.
Iliffe ym. (2004) Lontoo, Iso-Britannia	Potilaat, jotka olivat käyttäneet bentsodiatsepiineja unilääkkeenä säännöllisesti yli 6 kk (n = 192). 83 vastaanoton henkilökunnan jäsentä.	≥ 65 vuotta, keskiarvo 77 vuotta	Puolistrukturoitu haastattelututkimus Epämuodollinen ryhmäkeskustelu vastaanoton henkilökunnan kanssa.	Selvittää iäkkäiden bentsodiatsepiineja käyttävien potilaiden ja heitä hoitavien yleislääkäreiden uskomukset ja asenteet bentsodiatsepiineista sekä niiden käytön jatkamisesta tai lopettamisesta.	Tietolähteet / lääkeneuvonta: Suurimmalle osalle kukaan ammattilainen ei ollut kertonut bentsodiatsepiinien haittavaikutuksista. Potilaista 17 prosenttia oli saanut tietoa haittavaikutuksista omalääkäriltä. Osa oli saanut tietoa itse tutkimalla tai lukemalla. Tietämys Myönteisesti lopettamiseen suhtautuvat mainitsivat useammin bentsodiatsepiinilääkityksen lopettamisen tuovan selkeitä hyötyjä. Kielteisesti lopettamiseen suhtautuvat puolestaan kokivat lopettamisen hyödyttämäksi tai eivät osanneet mainita mahdollisia hyötyjä. Potilaiden ja lääkäreiden näkemykset hyödyistä, haitoista ja lopettamisesta erosivat toisistaan.
Cook ym. (2007a) Philadelphia, USA	Potilaat, jotka olivat käyttäneet bentsodiatsepiineja vähintään 3 kuukauden ajan (n = 50).	> 60 vuotta, keskiarvo 71 vuotta	Puolistrukturoitu puhelinhaastattelu	Ymmärtää tekijät, jotka vaikuttavat bentsodiatsepiinien krooniseen käyttöön iäkkäillä.	Lääkeneuvonta Useimpien mielestä lääkäri harvoin antoi tietoa haittavaikutuksista. Potilaat luottivat lääkärin valintaan. Potilaiden mielestä lääkärit eivät useinkaan ottaneet puheeksi bentsodiatsepiinien käyttöä, ja reseptien uusimisen koettiin olevan helppoa. Lääkityksestä ei usein edes keskusteltu, koska lääkärissä käytiin jonkun muun syyn takia.

Taulukko 2. jatkuu

Tekijä ja paikka	Aineisto	Ikä	Menetelmä	Tavoite	Keskeiset löydökset
Tutkimukset aikuisväestön tietämyksestä ja tietotarpeista bentsodiatsepiineista ja niiden tavoin vaikuttavista lääkkeistä					
Mansbridge ja Fisher (1984) Galveston, Teksas	Reseptilääkettä apteekista hakevat asiakkaat (n = 147), joista 97 asiakasta oli aikaisemmin käyttänyt diatsepaamia ja 50 asiakasta ei ollut koskaan käyttänyt diatsepaamia.	18–84 vuotta, keskiarvo 49 vuotta	Kyselytutkimus ”The Valium Knowledge Test”, jolla mitattiin asiakkaan tietämystä diatsepaamista	Arvioida potilaiden tietämystä diatsepaamista pakkauselosteen puuttuessa.	Tietämys Aikaisemmin diatsepaamia käyttäneet henkilöt tiesivät enemmän kuin ne, jotka eivät olleet sitä käyttäneet. Tietoisimpia oltiin pienen yliannostuksen vaikutuksista, lääkkeiden yhteisvaikutuksista alkoholin ja unilääkkeiden kanssa sekä vasta-aiheista raskauden ja imetyksen aikana. Vähiten tietoisia oltiin lääkkeen geneerisestä nimestä, haittavaikutuksista ja yhteisvaikutuksista lievien stimulanttien kanssa.
Nolan ja O'Malley (1988) Irlanti	Bentsodiatsepiineja apteekista hakevat asiakkaat (n = 16) hakevat asiakkaat (n = 450).	≥ 20 vuotta 34 % ≥ 65-vuotiaita	Strukturoitu haastattelututkimus	Selvittää potilaiden asenteita bentsodiatsepiinien käyttöä kohtaan sekä arvioida annosohjeen noudattamista.	Tietämys Bentsodiatsepiinin käyttöä koskeviin varotoimiin liittyen 34 % mainitsi, että täytyy välttää alkoholia, 3,4 % tiesi, että lääke saattaa häiritä ajamista ja 2,5 % mainitsi bentsodiatsepiinien aiheuttavan väsymystä.
Barnas ym. (1991) Innsbruck, Itävalta	Bentsodiatsepiineja apteekista hakevat asiakkaat (n = 171).	53 % > 60-vuotiaita	Puolistrukturoitu haastattelututkimus	Kuvata bentsodiatsepiineja käytäviä potilaita sekä löytää ennustavia tekijöitä pitkäaikaiskäytön ja riippuvuuden kehittymiseen.	Tietolähteet / lääkkeneuvonta Noin 60 % asiakkaista oli saanut reseptinsä yleislääkäriltä. Potilaista 42 % ei ollut keskustellut lääkärin kanssa lääkityksestä, kun he olivat saaneet reseptin ensimmäisen kerran. Kuitenkin kaikki psykiatrilta lääkettä saaneet potilaat olivat keskustelleet lääkärin kanssa. Vain 40 % osallistujista ilmoitti, että he olivat saaneet tyydyttävää tietoa saadessaan ensimmäisen reseptinsä. Runsas viidennes osallistujista ei ollut koskaan puhunut lääkityksestä lääkärinsä kanssa. Alle puolet asiakkaista (47 %) oli saanut tietoa lääkäriltä bentsodiatsepiinien riskistä aiheuttaa riippuvuutta. Suurin osa potilaista oli kuullut siitä tiedostusvälineistä, sukulaisilta, ystäviltä tai ei-terveydenhuollon ammattilaisilta. Tietämys Yhteensä 75 % asiakkaista oli tietoisia bentsodiatsepiinien mahdollisuudesta aiheuttaa riippuvuutta, kuitenkin alle puolelle heistä lääkäri oli informoinut tästä.

Taulukko 2. jatkuu

Tekijä ja paikka	Aineisto	Ikä	Menetelmä	Tavoite	Keskeiset löydökset
Magnusdottir ja Ribacke (1996) Gävle, Ruotsi	Potilaat, joille oli määrätty unilääkkeitä tutkimusta edeltäneen vuoden aikana (n = 108)	20–80 vuotta, keskiarvo 72 vuotta	Kyselytutkimus, postitse	Selvittää unilääkkeitä käyttävien potilaiden asenteet, mielipiteet ja tietämys unilääkkeiden käytöstä ja unesta.	<p>Tietämys Suurin osa osallistujista tiesi unilääkkeiden aiheuttavan riippuvuutta. Kuitenkaan kolmannes osallistujista ei tätä tiennyt ja iäkkäät olivat vähemmän tietoisia haitasta kuin nuoremmat. Suurin osa (72 %) tiesi, että lääkkeen vaikutus saattaa säilyä seuraavaan päivään. Useimmat osallistajat (80 %) kuitenkin luulivat, että uni- ja nukahtamislääkkeellä on eroa. Osallistajat tiesivät hyvin unihygieniasta, ja muita keinoja oli laajalti kokeiltu unettomuuden hoidossa.</p>
Parr ym. (2006) Cairns, Australia	Potilaat (n = 23), joille oli määrätty bentsodiatsepiineja jossakin vaiheessa vähintään kolmen kuukauden ajan. Lisäksi mukana 28 yleislääkärinä.	25–79 vuotta, keskiarvo 50 vuotta	Puolistrukturoitu haastattelututkimus	Ymmärtää yleislääkäreiden ja potilaiden käsityksiä liittyen bentsodiatsepiinien käytön aloittamiseen, jatkamiseen ja lopettamiseen.	<p>Lääkeneuvonta Lääkärit kokivat antavansa potilaalle tarkoituksenmukaista tietoa bentsodiatsepiinien käytöstä määrätessään heille lääkettä. He neuvoivat riippuvuudesta, lyhytaikaisesta käytöstä ja vieroitusoireista. Potilaat kokivat saaneensa lääkäriltä tietoa riippuvuudesta, diagnoosista, hoidon syistä ja milloin käyttää lääkettä. Lääkärin tarjoamaa tietoa pidettiin kuitenkin riittämättömänä ja rajoittuneena. Potilaiden mielestä myös lääkitys määrättiin liian helposti, resepti uusittiin näkemättä lääkärinä ja lopettamisesta ei keskusteltu. Farmasistit neuvoivat yleisemmin lääkkeen yhteisvaikutuksista alkoholin ja muiden keskushermostoon vaikuttavien lääkeaineiden kanssa. Lopettamisen yhteydessä farmasistien antama tieto koettiin riittämättömänä.</p>
Anthierens ym. (2007b) Gent ja Bryssel, Belgia	Potilaat (n = 15), joille perhelääkäri oli määrännyt bentsodiatsepiineja ensimmäistä kertaa.	≥ 18 vuotta	Puolistrukturoitu haastattelututkimus	Selvittää haastattelemalla potilaiden näkemyksiä ja odotuksia koskien heidän ensimmäistä bentsodiatsepiinireseptiään.	<p>Tiedonsaantiin liittyvät toiveet Osa potilaista ei kokenut tarvitsevänsä tietoa, eivätkä he myöskään halunneet kysellä siitä. Vastuu lääkityksestä siirrettiin lääkärille, jonka koettiin toimivan aina potilaan parhaaksi. Potilaat eivät halunneet lisää tietoa, koska se saattaisi antaa heille enemmän ajattelemisen aihetta.</p> <p>Tietämys Potilaat kokivat tietävänsä hyvin vähän lääkityksestään.</p>

Taulukko 2. jatkuu

Tekijä ja paikka	Aineisto	Ikä	Menetelmä	Tavoite	Keskeiset löydökset	
Siriwardena ym. (2008) Lincolnshire, Iso-Britannia	Potilaat (n = 705), joilla oli ollut ainakin yksi resepti bentsodiatsepiineihin tai niiden kaltaisiin yhdisteisiin edeltäneen puolen vuoden aikana unettomuuden hoidossa.	≥ 18 vuotta 50 % ≥ 65-vuotiaita	Kyselytutkimus	Tutkia potilaiden kokemuksia ja käsityksiä bentsodiatsepiinien ja niiden kaltaisten yhdisteiden käytöstä unettomuuden hoidossa. Vertailla potilaiden käsityksiä näiden lääkeaineiden hyödyistä ja haitoista.	Lääkeneuvonta Suurimmalle osalle (88 %) ensimmäisen reseptin oli määrännyt heidän yleislääkäriinsä. Lähes puolelle (45 %) oli neuvottu käyttämään lääkitystä kuukauden tai pidempään. Lääkityksen kestosta ja lääkityksen haittavaikutuksista ei ollut neuvottu yli 40 prosentille potilaista.	
Tekijä ja paikka	Aineisto	Mukana olevat lääkeaineryhmät	Ikä	Menetelmä	Tavoite	Keskeiset löydökset
Tutkimukset iäkkäiden tietämyksestä ja tietotarpeista lääkkeitä						
Barat ym. (2001) Tanska	lääkkeitä, joilla oli käytössä yleislääkäriin määräämiä lääkkeitä (n = 348).	Kaikki lääkeaineryhmät Unilääke käytössä 58 % osallistujista	75 vuotta	Haastattelu-tutkimus + kotona olevat lääkevarastot tutkittu	Tutkia iäkkäiden hoitoon sitoutumista ja arvioida heidän tietämystään lääkkeitä.	Tietämys Osallistujista 60 prosenttia tiesi lähes kaikkien (75 %) käytössä olevien lääkkeiden käyttötarkoituksen ja yli viidennes (21 %) ymmärsi lääkkeen unohtamisen seuraukset. Huomattavasti harvempi tiesi lääkkeiden haittavaikutuksista (4 %) ja toksisista vaikutuksista (5 %). Kukaan osallistujista ei ollut tietoinen lääkkeiden yhteisvaikutuksista.
Thompson ja Stewart (2001) Australia	lääkkeitä (n = 204), joilla oli käytössä ainakin yksi reseptilääke.	Kaikki lääkeaineryhmät Keskushermoston kautta vaikuttavat lääkkeet: • säännöllisesti 95 lääkettä, • tarvittaessa 143 lääkettä	≥ 65 vuotta	Haastattelu-tutkimus	Selvittää iäkkäiden näkemyksiä lääkäreiltä ja farmasisteilta saadusta lääkeinformaatiosta sekä määrittää heidän tietotarpeensa ja toiveensa.	Tietolähteet Tärkeimmäksi tietolähteeksi reseptilääkkeiden osalta lähes kaikki osallistajat nimesivät lääkärin (90 %). Farmasistit nähtiin usein lisälähteenä lääkärin antamalle tiedolle. Myös media sekä perhe ja ystävät olivat yleisesti mainittuja. Monet iäkkäistä kokivat, että heidän omalla aktiivisuudellaan oli merkitystä tiedon saamisessa. Iäkkäät olivat pääosin tyytyväisiä lääkäriltä ja farmasistilta saatuun tietoon. Tiedonsaantiin liittyvät toiveet Potilaat halusivat useimmiten tietää, milloin ja miten lääkettä käytetään (89 %), lääkkeen käyttötarkoituksen (72 %) ja haittavaikutukset (72 %). Jotkut potilaat erikseen mainitsivat, etteivät halua tietää lääkkeen haittavaikutuksista.

Taulukko 2. jatkuu

Tekijä ja paikka	Aineisto	Mukana olevat lääkeaineryhmät	Ikä	Menetelmä	Tavoite	Keskeiset löydökset
Tutkimukset aikuisväestön tietämyksestä ja tietotarpeista psykenlääkkeistä						
Deveugele ym. (2004) Eurooppa	168 lääkäriä ja 2095 potilas-konsultaatiota	Kaikki lääkeaineryhmät Psykologiset sairaudet n = 245	Keskiarvo 49 vuotta	Havainnointitutkimus, tapaaminen videoitu	Selvittää eroaako lääkärin viestintäkäyttäytyminen potilaalle eri sairauksien välillä.	Lääkeneuvonta Potilastapaaminen psykologisiin sairauksiin liittyen kesti kauemmin kuin muihin diagnooseihin. Lääkärit käyttivät enemmän tunteisiin vetoavaa käytöstä, keskittyivät useammin luomaan hyvää suhdetta potilaan välille, kysyivät enemmän kysymyksiä ja antoivat vähemmän tietoa kuin muihin diagnooseihin liittyen.
Zwaenepoel ym. (2005) Belgia	Psykiatrisen sairaalan potilaat (n = 279), joilla oli käytössä psykenlääke.	Psykenlääkkeet: • neurolepti • masennuslääke • rauhoittava lääke	≥ 18 vuotta, keskiarvo 43 vuotta	Haastattelu-tutkimus	Selvittää psykiatrisen sairaalan potilaiden tietotarpeita ja toiveita.	Tietolähteet / tiedonsaantiin liittyvät toiveet Puolet potilaista halusi lääkeneuvontaa suullisesti, 17 % kirjallisesti ja 33 % sekä suullisesti että kirjallisesti. Tärkeäksi koettiin, että tieto olisi ymmärrettävää. Useimmiten potilaat halusivat saada tietoa lääkäriltä (51 %) tai hoitajalta (15 %), koska he kokivat suhteen luottamukselliseksi. Kolmannes (32 %) potilaista halusi tietoa useammalta kuin yhdeltä terveydenhuollon ammattilaiselta. Potilaat halusivat useimmiten tietää lääkkeidensä haittavaikutuksista.
Tarn ym. (2006) Kalifornia	Potilaat (n = 185), joille lääkärit määräsivät (n = 44) yhteensä 244 uutta reseptilääkettä.	Kaikki lääkeaineryhmät Psykenlääkkeitä käytössä 21 potilaalla.	≥ 18 vuotta, keskiarvo 55 vuotta	Havainnointitutkimus, keskustelu nauhoitettu	Kuvata ja arvioida lääkärin antamaa tietoa uudesta lääkityksestä potilaalle.	Lääkeneuvonta Psykenlääkettä määränneille potilaille lääkäri oli lähes kaikissa tapauksissa (95 %) selittänyt potilaalle lääkkeen käyttötarkoituksen ja kertonut lääkkeen nimen. Lääkkeenoton ajoitus (81 %) ja annosohje (71 %) oli myös käyty usein läpi. Lähes kahdessa kolmasosassa (62 %) tapauksissa lääkäri oli keskustellut potilaan kanssa psykenlääkkeen haittavaikutuksista. Lääkityksen kestosta oli ollut puhetta harvimmoin (38 %).
Agyapong ym. (2009) Irlanti	Psykenlääkkeitä käyttävät potilaat (n = 409).	Psykenlääkkeet	≥ 16 vuotta, keskiarvo 41 vuotta	Kyselytutkimus	Arvioida potilaiden tietolähteitä haittavaikutusten osalta, sekä arvioida tiedon ja koettujen haittavaikutusten vaikutusta hoitomyöntyvyyteen.	Tietolähteet Potilaat olivat saaneet eniten tietoa haittavaikutuksista pakkauselosteesta (54 %) ja lääkäriltä (52 %). Tietoa oli saatu myös internetistä (14 %), kirjoista (13 %) ja apteekista (11 %). Melkein puolet (44 %) osallistujista oli saanut tietoa haittavaikutuksista useammasta kuin yhdestä lähteestä. Suurin osa (84 %) selvitti haittavaikutukset ennen lääkkeen ottamista. Lähes puolet (46 %) oli ollut huolissaan lääkkeiden ottamisesta haittavaikutusten takia ja lähes kolmannes (31 %) oli joskus lopettanut lääkityksen koettujen haittavaikutusten takia.

5.1 Tietolähteet ja tiedonsaantiin liittyvät toiveet

Psykenlääkkeitä käyttävien potilaiden tietolähteitä ja tiedonsaantiin liittyviä toiveita on käsitelty kahdessa eri 2000-luvulla tehdyssä tutkimuksessa (Zwaenepoel ym. 2005; Agyapong ym. 2009). Zwaenepoel ym. (2005) selvittivät Belgiassa tehdyssä haastattelututkimuksessa psykiatrisen sairaalan potilaiden (n = 279) tietotarpeita. Tutkimukseen otettiin mukaan 18 vuotta täyttäneet potilaat, joilla oli käytössä ainakin yksi neurolepti, masennuslääke tai rauhoittava lääke. Irlannissa tehdyssä kyselytutkimuksessa puolestaan selvitettiin potilaiden (n = 409) tietolähteitä psykenlääkkeiden haittavaikutusten osalta (Agyapong ym. 2009). Tutkimukseen osallistuneet henkilöt olivat 16–70-vuotiaita, keskiarvo 41 vuotta. Thompsonin ja Stewartin (2001) haastattelututkimuksessa tutkittiin iäkkäiden tietotarpeita ja tiedonsaantiin liittyviä toiveita yleisesti heidän käyttämistään lääkkeistään, ei vain psykenlääkkeiden osalta. Tutkimukseen otettiin mukaan ≥ 65 -vuotiaat potilaat (n = 204), joilla oli säännöllisessä käytössä ainakin yksi reseptilääke, ja jotka vastasivat itse lääkkeidensä annostelusta. Potilaille oli kaikkiaan 95 keskushermostoon vaikuttavaa lääkeainetta säännöllisessä käytössä ja 143 tarvittaessa käytössä olevana.

Potilaiden tietolähteitä ja tiedonsaantiin liittyviä toiveita sivuavia tutkimuksia bentsodiatsepiinien osalta löytyy muutamia (Barnas ym. 1991; Iliffe ym. 2004, Anthierens ym. 2007b; Cook ym. 2007a). Itävallassa tehdyssä haastattelututkimuksessa keskityttiin pitkäaikaiskäytön ja riippuvuuden kehittymiseen vaikuttaviin tekijöihin bentsodiatsepiineja apteekista hakevilla asiakkailla (n = 171) (Barnas ym. 1991). Yli puolet tutkimukseen osallistuneista oli yli 60-vuotiaita. Iliffen ym. (2004) Isossa-Britanniassa tehdyssä haastattelututkimuksessa selvitettiin ≥ 65 -vuotiaiden bentsodiatsepiineja käyttävien potilaiden (n = 192) uskomuksia ja asenteita bentsodiatsepiineista. Mukaan otettiin potilaat, jotka olivat käyttäneet bentsodiatsepiineja vähintään puolen vuoden ajan. Anthierensin ym. (2007b) julkaisemassa puolistrukturoidussa haastattelututkimuksessa selvitettiin potilaiden (n = 15) näkemyksiä ja odotuksia heidän saadessaan ensimmäisen bentsodiatsepiinireseptinsä. Potilaat olivat iältään 18–79-vuotiaita. Yhdysvaltaisessa haastattelututkimuksessa puolestaan selvitettiin bentsodiatsepiinien krooniseen käyttöön

liittyviä tekijöitä yli 60-vuotiailla potilailla (n = 50) (Cook ym. 2007a). Potilaat olivat käyttäneet bentsodiatsepiineja vähintään kolmen kuukauden ajan.

5.1.1 Tietolähteet

2000-luvun loppupuolella tehty systemaattinen kirjallisuuskatsaus kirjallisen informaation roolista ja arvosta antaa viitettä, että potilaat kokevat terveydenhuollon ammattilaisen antaman suullisen informaation käyttämiensä lääkkeiden osalta tärkeäksi (Grime ym. 2007). Potilaat luottavat lääkärin antamaan lääkeneuvontaan enemmän kuin kirjalliseen informaatioon. Myös psyykenlääkkeiden osalta, bentsodiatsepiinivalmisteet mukaan lukien, potilaiden havaittiin haluavan tietoa lääkityksestään mieluiten suullisesti (Zwaenepoel ym. 2005). Zwaenepoelin ym. (2005) tutkimuksen mukaan puolet psykiatrisen sairaalan potilaista halusi lääkitykseen liittyvän tiedon suullisesti, kolmannes sekä suullisesti että kirjallisesti ja alle viidennes kirjallisesti.

Potilaat, sekä aikuiset että ikääntyvät, kokivat yleisimmin lääkärin tärkeimmäksi tietolähteeksi lääkkeisiin liittyvissä asioissa (Thompson ja Stewart 2001; Zwaenepoel ym. 2005). Thompsonin ja Stewartin (2001) haastattelututkimuksessa lähes kaikki tutkimukseen osallistuvista iäkkäistä (90 %) nimesivät lääkärin ensisijaiseksi tietolähteeksi reseptilääkkeiden osalta. He kuitenkin kokivat tarpeelliseksi saada lääkeneuvontaa reseptilääkkeistään sekä heidän yleislääkäriltään että farmasisteilta. Iäkkäät näkivät farmasian ammattilaiset usein lisälähteenä lääkärin antamalle tiedolle. Useimpien mielestä heillä oli oma roolinsa, ja vain pieni osa näki heidät ennemmin lääkkeen toimittajana, kuin varsinaisena lääkeinformaation antajana. Myös Zwaenepoelin ym. (2005) psykiatrisessa sairaalassa tehdyssä tutkimuksessa ilmeni, että kolmannes psyykelääkkeitä käyttävistä aikuispotilaista halusi tietoa useammalta kuin yhdeltä terveydenhuollon ammattilaiselta. Psyykenlääkkeidenkin osalta sairaalapotilaat halusivat tietoa ensisijaisesti lääkäriltä. Tietoa haluttiin useimmiten juuri lääkäriltä (51 %) tai hoitajalta (15 %), koska potilaat kokivat hoitosuhteen luottamukselliseksi sekä lääkärin että hoitajan kanssa. Tutkimuksessa ilmeni, että hyvin harva potilas (n = 4) sen sijaan halusi tietoa sairaalassa työskentelevältä farmasistilta. Kuitenkin, kun erikseen kysyttiin, haluaisivatko he puhua sairaalassa farmasistin kanssa, yli neljännes

potilaista oli halukkaita. Halukkaat potilaat näkivät farmasistin ensisijaisesti lääkkeiden asiantuntijana. Muut potilaat eivät halunneet keskustella farmasian ammattilaisen kanssa, koska he eivät tunteneet häntä tai he ajattelivat, että hänellä ei ollut riittävästi aikaa.

Agyapong ym. (2009) selvittivät kyselytutkimuksessaan ≥ 16 -vuotiaiden potilaiden käyttämiä tietolähteitä psyykenlääkkeiden haittavaikutuksista. Kaikkiaan 44 prosenttia osallistujista oli saanut tietoa haittavaikutuksista useammasta kuin yhdestä lähteestä. Eniten tietoa oli saatu pakkausselosteesta (54 %) ja lääkäriltä (52 %). Tietoa oli saatu myös internetistä (14 %), kirjoista (13 %) ja apteekista (11 %). Farmasian ammattilaisten osuus tiedonantajana oli hyvin vähäinen huomioiden, että lähes jokainen potilas kuitenkin käy hakemassa lääkkeensä apteekista.

Kaksi haastattelututkimusta, joista toinen oli tehty iäkkäillä, antavat viitettä potilaiden käyttämistä tietolähteistä juuri bentsodiatsepiinien haittavaikutusten osalta (Barnas ym. 1991; Iliffe ym. 2004). Itävaltalaisessa tutkimuksessa (n = 171) alle puolet tutkimukseen osallistuneista potilaista oli saanut tietoa lääkäriltä bentsodiatsepiinien riskistä aiheuttaa riippuvuutta (Barnas ym. 1991). Suurin osa potilaista oli kuullut siitä tiedotusvälineistä, sukulaisilta, ystäviltä tai ei-terveydenhuollon ammattilaisilta. Vielä harvemmin lääkäri oli kertonut haittavaikutuksista iäkkäille (n = 192) Isossa-Britanniassa tehdyssä tutkimuksessa (Iliffe ym. 2004). Potilaiden omalääkäri oli antanut tietoa haittavaikutuksista vain 17 prosentille potilaista. Suurimmalle osalle iäkkäistä (67 %) kukaan ei ollut koskaan viitannut bentsodiatsepiinien haitallisuuteen. Osa oli saanut tietoa haittavaikutuksista itse tutkimalla tai lukemalla.

Thompsonin ja Stewartin (2001) Australiassa tehty haastattelututkimus iäkkäillä (n = 204) antaa viitettä, että potilaat ovat useimmiten halukkaita jakamaan vastuun tiedon saamisessa terveydenhuollon ammattilaisen kanssa. Useimmat iäkkäistä kokivat, että myös heidän omalla aktiivisuudellaan on merkitystä, ja heidän pitää itse osata kysyä lääkitykseen liittyviä asioita terveydenhuollon ammattilaisilta. Osa kuitenkin ajatteli täysin päinvastoin. He kokivat, ettei heidän tehtävänsä ole esittää kysymyksiä, eikä heillä myöskään ollut käsitystä tiedon tarpeellisuudesta: ”En koskaan kysy lääkäriltä

tietoa. Minä vain otan sitä, ja jos tunnen, ettei se tee minulle mitään hyvää, sitten vain lopetan sen ottamisen”. Päätös tiedon antamisesta saatettiin jättää ammattilaisille: ”En todellakaan kysy paljoa kysymyksiä. Mielestäni lääkärin ja farmasistin pitäisi tietää, mitä he tekevät”. Osa iäkkäistä koki, että kyselyaktiivisuuteen vaikutti tietämättömyys lääkkeestä sekä tunne, että he kyseenalaistaisivat lääkärin hoitopäätöstä. Potilaat saattoivat kokea, ettei heillä ollut tarpeeksi tietoa kysymysten esittämiseen. Kirjallinen lääkeinformaatio voisi rohkaista potilasta esittämään kysymyksiä ja keskustelemaan lääkityksestä ammattilaisten kanssa (Grime ym. 2007). Ristiriita kirjallisen ja suullisen informaation välillä kuitenkin huoletti potilaita (Thompson ja Stewart 2001).

5.1.2 Mitä potilaat haluavat tietää lääkkeistänsä?

Tietolähteitä selvittäneissä tutkimuksissa on tarkasteltu myös, mitä potilaat haluavat tietää lääkkeistänsä (Thompson ja Stewart 2001; Zwaenepoel ym. 2005; Anthierens ym. 2007b; Cook ym. 2007a; Agyapong ym. 2009). Tutkimuksista kaksi oli tehty iäkkäillä (Thompson ja Stewart 2001; Cook ym. 2007a). Grimen ym. (2007) systemaattisesta kirjallisuuskatsauksesta ilmenee, että useimmiten potilaat haluavat tietää yleisesti lääkkeistänsä eniten juuri haittavaikutuksista. Tässä kirjallisuuskatsauksessa potilasjoukkoa ei ollut rajattu tiettyyn lääkeaineryhmään. Myös psykiatrisen sairaalan aikuispotilaat nostivat lääkkeiden haittavaikutukset yhdeksi tärkeimmistä osa-alueista, joista he halusivat tietoa (Zwaenepoel ym. 2005). Agyapongin ym. (2009) kyselytutkimuksen mukaan suurin osa (84 %) osallistujista ilmoitti selvittävänsä psyykenlääkkeiden haittavaikutukset ennen niiden ottamista. Lähes puolet oli ollut huolissaan lääkkeiden käytöstä lääkkeen haittavaikutusten takia, ja lähes kolmannes oli joskus lopettanut lääkityksen koettujen haittavaikutusten takia. Yli puolet käyttäisi todennäköisemmin heille määrättyä lääkettä, jos heille kerrottaisiin hoidon alussa haittavaikutuksista. Potilaiden joukossa on aina myös niitä, jotka eivät halua tietää lääkkeiden haittavaikutuksista (Thompson ja Stewart 2001). Aikaisemmat omakohtaiset kokemukset lääkkeiden haittavaikutuksista lisäävät kuitenkin kiinnostusta (Thompson ja Stewart 2001; Laaksonen ym. 2002).

Bentsodiatsepiineja käyttävien potilaiden osalta 2000-luvun lopulla julkaistut haastattelututkimukset antavat viitettä, että potilaat sekä aikuisväestössä että iäkkäiden keskuudessa eivät välttämättä halua tietää lääkityksestään kovinkaan paljoa (Anthierens ym. 2007b; Cook ym. 2007a). Osa ei kokenut tietoa tarpeelliseksi: ”En halua tietää enempää. Tärkeintä on, että se auttaa minua” (Anthierens ym. 2007b). Yhtenä syynä tiedonsaannin haluttomuuteen mainittiin myös, että parempi tietämys lääkkeestä saattaisi antaa heille enemmän ajattelemisen aihetta. ”En halua enempää tietoa. En ole luulosairas, mutta tiedän, jos kuulen tai luen jotain negatiivista tai haittavaikutuksista, alan ajattelemaan pitäisikö minun jatkaa sitä. Ja silti tarvitsen sitä”. Potilaat luottivat lääkärin valintaan ja siirsivät vastuun lääkityksestä lääkärille (Anthierens ym. 2007b; Cook ym. 2007a). He kokivat lääkärin toimivan aina heidän parhaakseen, eivätkä sen takia tarvinneet enempää tietoa (Anthierens ym. 2007b).

Haittavaikutusten lisäksi erityisesti iäkkäät halusivat tietää yleisesti lääkkeistään, milloin ja miten lääkettä käytetään sekä lääkkeen käyttötarkoituksen (Thompson ja Stewart 2001). Yleisesti potilaat halusivat tietoa myös diagnoosista, muista hoitovaihtoehdoista: sekä lääkkeettömistä että lääkkeellisistä, lääkkeen ottamatta jättämisen seuraamuksista, käytön kestosta, yhteisvaikutuksista, haittavaikutusten esiintyvyydestä sekä mitä tehdä, jos haittavaikutuksia ilmaantuu (Grime ym. 2007). Kiinnostuneita oltiin myös lääkkeen pitkäaikaisvaikutuksista.

5.2 Lääkeneuvonta

Kahdessa eri havainnointitutkimuksessa on arvioitu lääkärin antamaa lääkeneuvontaa aikuispotilaille psykykenlääkkeiden osalta (Deveugele ym. 2004; Tarn ym. 2006). Kaliforniassa tehdyssä havainnointitutkimuksessa arvioitiin lääkäreiden (n = 44) antamaa lääkeneuvontaa heidän määrätessään potilaalle uutta lääkitystä (Tarn ym. 2006). Kaikkiaan 185 potilastapaamisessa määrättiin yhteensä 244 uutta lääkitystä. Potilaat olivat iältään ≥ 18 -vuotiaita, keskiarvo 55 vuotta. Tutkimuksessa lääkärin antamaa neuvontaa psykykenlääkkeistä (n = 21) pystytään tarkistelemaan erikseen muista lääkkeistä. Deveugelen ym. (2004) julkaisemassa tutkimuksessa selvitettiin lääkärin (n = 168) viestintäkäyttäytymistä vastaanotolla eri sairauksien osalta kuudessa eri

Euroopan maassa. Myös tässä tutkimuksessa psykologisten sairauksien potilastapaamiset (n = 245) ovat eroteltavissa muiden sairauksien tapaamisista.

Potilaan saamaa lääkeneuvontaa bentsodiatsepiinien ja niiden kaltaisten lääkeaineiden osalta sivutaan useammassakin tutkimuksessa (Barnas ym. 1991; Iliffe ym. 2004; Parr ym. 2006; Anthierens ym. 2007b; Cook ym. 2007a; Siriwardena ym. 2008). Tutkimukset ovat osittain samoja kuin luvussa 5.1 olleet tutkimukset bentsodiatsepiineja käyttävien potilaiden tietolähteistä ja tiedonsaantiin liittyvistä toiveista (Barnas ym. 1991; Iliffe ym. 2004; Anthierens ym. 2007b; Cook ym. 2007a). Siriwardenan ym. (2008) Isossa-Britanniassa tehdyssä kyselytutkimuksessa selvitettiin potilaiden kokemuksia ja käsityksiä bentsodiatsepiineista ja niiden kaltaisista lääkeaineista unettomuuden hoidossa. Tutkimukseen osallistujat olivat ≥ 18 -vuotiaita potilaita (n = 935), joille lääkäri oli määrännyt ainakin kerran tutkimusta edeltäneen puolen vuoden aikana bentsodiatsepiinivalmisteen. Puolet tutkimukseen osallistuneista potilaista oli ≥ 65 -vuotiaita. Australiassa tehdyssä haastattelututkimuksessa tarkasteltiin sekä lääkäreiden (n = 28) että bentsodiatsepiineja käyttävien potilaiden (n = 23) näkemyksiä bentsodiatsepiinien käytön aloittamiseen, jatkamiseen ja lopettamiseen liittyen (Parr ym. 2006). Tutkimukseen otettiin mukaan potilaat, jotka olivat käyttäneet bentsodiatsepiineja jossakin vaiheessa vähintään kolmen kuukauden ajan. Potilaat olivat iältään 25–79-vuotiaita, keskiarvo 50 vuotta.

Psykkisten sairauksien osalta lääkäreiden viestintäkäyttäytyminen poikkeaa muihin sairauksiin verrattuna (Deveugele ym. 2004). Deveugelen ym. (2004) Euroopassa tehdyssä havainnointitutkimuksessa lääkäreiden käytöksen huomattiin olevan tunteisiin vetoavaa, ja he keskittyivät luomaan hyvää suhdetta potilaan välille. Lääkärit kysyivät enemmän kysymyksiä potilaalta, mutta antoivat kuitenkin vähemmän tietoa kuin muiden sairauksien osalta. Lääkärin konsultaation havaittiin kestävän kauemmin psykkisiin sairauksiin liittyvissä diagnooseissa kuin muiden sairauksien. Vaikka itse sairaudesta annettu tieto olisikin ollut vähäistä, Kaliforniassa tehdyssä havainnointitutkimuksessa ilmeni, että lääkärit neuvoivat uutta lääkitystä määrätessään potilaille eniten juuri psyykenlääkkeiden osalta (Tarn ym. 2006). Psyyykenlääkettä määränneille potilaille (n = 21) lääkäri selitti lähes kaikissa tapauksissa (95 %)

potilaalle lääkkeen käyttötarkoituksen ja kertoi lääkkeen nimen. Suurimmassa osassa tapauksista annosohje käytiin selkeästi läpi (71 %) ja lääkkeenoton ajoitus selitettiin (81 %). Lähes kahdessa kolmasosassa (62 %) tapauksissa lääkäri keskusteli potilaan kanssa psyykenlääkkeen haittavaikutuksista. Lääkityksen kestosta psyykenlääkkeiden osalta oli ollut puhetta vain alle puolessa (38 %) tapauksissa. Kun edellä mainitut kohdat pisteytettiin, lääkärit saivat keskimäärin 3,7 pistettä viidestä psyykenlääkkeiden osalta. Yleisesti kaikkien lääkkeiden osalta luku oli alhaisempi (3,1 pistettä).

Kuten suurin osa potilaistakin toivoi, lääkärit ottivat puheeksi lääkityksen haittavaikutukset psyykenlääkkeiden osalta melko usein (Tarn ym. 2006). Terveystieteiden ammattilaisten on kuitenkin yleisesti havaittu vastustavan täyden tiedon antamista potilaille haittavaikutusten osalta, sillä he ovat huolissaan tiedon vaikutuksesta potilaiden hoitomyöntyvyyteen (Grime ym. 2007). Potilaiden tietoisuudella haittavaikutuksista havaittiin kuitenkin olevan myönteistä vaikutusta hoitomyöntyvyyteen psyykenlääkkeiden osalta (Agyapong ym. 2009). Myös iäkkäiden paremman tietämyksen lääkkeitä uskotaan ehkäisevän hoitoon sitoutumattomuutta (Barat ym. 2001). Potilaiden tulee ymmärtää sekä hoidon hyödyt että riskit, jotta he kykenevät tekemään tietoisien päätösten hoitoonsa liittyen (Fagerlin ym. 2010). Hoidon onnistumiseksi olisi tärkeää, että lääkäri selvästi selittää bentsodiatsepiinien käytön aloittamisen yhteydessä lääkityksen hyödyt ja riskit ja asettaa selvät rajat lääkkeen käytölle alusta asti (Anthierens ym. 2007b).

Potilaiden saamaa lääkeneuvontaa bentsodiatsepiineista käsittelevissä tutkimuksissa ilmenee, etteivät potilaat useinkaan keskustele bentsodiatsepiinilääkityksestä lääkärin kanssa etenkään ensimmäisen reseptin jälkeen (Barnas ym. 1991; Cook ym. 2007a). Suurin osa bentsodiatsepiinivalmisteita käyttävistä potilaista oli saanut reseptinsä yleislääkäriltään, joten heidän lääkkeenmääräämiskäytännöllä on suuri merkitys ja vastuu oikeaan käyttöön (Barnas ym. 1991; Siriwardena ym. 2008). Itävallassa tehdyssä haastattelututkimuksessa ilmeni, ettei bentsodiatsepiinilääkityksestä välttämättä keskusteltu lääkärin kanssa edes hoidon alussa (Barnas ym. 1991). Yleislääkäreiden havaittiin keskustelevan erikoislääkäreitä harvemmin lääkityksestä potilaiden kanssa. Syyksi eroavaisuuteen lääkeneuvonnassa yleis- ja erikoislääkäreiden välillä ehdotettiin

kiirettä, työpainetta ja riittämätöntä korvausta lääkeneuvontaan käytetystä ajasta. Kun asiakkaat (n = 171) saivat bentsodiatsepiinireseptin ensimmäisen kerran, heistä lähes puolet (42 %) ei ollut keskustellut yleislääkäriinsä kanssa lääkityksestä. Vielä yleisempää (57 %) tämä oli sairaalassa lääkityksensä aloittaneille potilaille. Kaikki psykiatrilta lääkettä saaneet potilaat olivat kuitenkin keskustelleet lääkityksestä lääkärin kanssa. Etenkin hoidon alussa olisi tärkeää käyttää riittävästi aikaa lääkityksestä neuvomiseen. Kuitenkin vain alle puolet (40 %) osallistujista koki saaneensa tyydyttävää tietoa saadessaan ensimmäisen bentsodiatsepiinireseptinsä ja lähes viides osa (23 %) ei ollut koskaan puhunut lääkityksestä lääkärinsä kanssa (Barnas ym. 1991).

Potilaiden ja lääkärin näkemykset riittävästä lääkeneuvonnasta saattavat poiketa toisistaan. Yleislääkärit antoivat mielestensä potilaalle neuvontaa bentsodiatsepiinien tarkoituksenmukaisesta käytöstä määrätessään lääkettä (Parr ym. 2006). He sanoivat neuvovansa potilaalle bentsodiatsepiinien riskistä aiheuttaa riippuvuutta ja lopettamisen yhteydessä mahdollisista tulevista vieroitusoireista sekä kertovansa lääkkeen olevan tarkoitettu vain lyhytaikaiseen käyttöön. Potilaat kokivat lääkärin tarjoaman tiedon bentsodiatsepiinien käytöstä olevan kuitenkin riittämätöntä ja rajoittunutta. Potilaiden mukaan lääkäri kertoi bentsodiatsepiinien riskistä aiheuttaa riippuvuutta, diagnoosista, hoidon syistä sekä milloin käyttää lääkettä. Farmasistit yleisimmin neuvoivat yhteisvaikutuksesta alkoholin ja muiden keskushermostoon vaikuttavien lääkeaineiden kanssa. He saattoivat myös tarjota pakkausselostetta. Bentsodiatsepiinilääkityksen lopettamisen yhteydessä farmasistien ei nähty antavan juuri mitään tietoa, tai sen koettiin olevan riittämätöntä.

Australialaistutkimuksen mukaan iäkkäät potilaat olivat aina tai useimmiten tyytyväisiä lääkäriltä ja farmasistilta saatuun tietoon (Thompson ja Stewart 2001). Osa kuitenkin olisi halunnut enemmän tietoa lääkäriltä (16 %) tai apteekin henkilökunnalta (10 %). Iäkkäät asettivat korkeammat odotukset lääkärille kuin farmasisteille lääkeinformaation antajana. Jos lääkäri ei antanut lääkeneuvontaa lääkkeestä, potilaat kokivat, ettei hän suorittanut tehtäväänsä. Puolestaan farmasistin antaessa lääkeinformaatiota, koettiin hänen olevan avulias.

Useat tutkimukset ovat osoittaneet, että potilaiden mielestä bentsodiatsepiiniyhdisteiden haittavaikutuksista kerrotaan harvoin, vaikka suurin osa potilaista olisi halukas saamaan tietoa eniten juuri haittavaikutuksista (Iliffe ym. 2004; Cook ym. 2007a; Siriwardena ym. 2008). Iliffen ym. (2004) haastattelututkimuksessa ilmeni, että suurimmalle osalle iäkkäistä kukaan ei ollut koskaan viitannut bentsodiatsepiinien haitallisuuteen. Valtaosa potilaista ei myöskään ollut huolissaan mahdollisista pitkäaikaiskäytön haittavaikutuksista. Siriwardenan ym. (2008) tutkimuksessa ilmeni, että haittavaikutuksista neuvottiin vain alle puolelle tutkimukseen osallistuneista potilaista. Vajaalle kolmannekselle potilaista puolestaan ei neuvottu haittavaikutuksista ja reilu viidennes ei ollut asiasta varma. Tutkimuksessa ilmeni myös, että lääkärit harvoin ottivat puheeksi bentsodiatsepiinivalmisteiden käytön kestoa. Potilaat raportoivat, että yli neljällekympenelle prosentille ei ollut neuvottu mitään hoidon kestosta. Lähes puolelle potilaista oli puolestaan neuvottu jatkamaan lääkkeen käyttöä hoitosuosituksen vastaisesti pidempään kuin kuukauden.

Joidenkin tutkimusten mukaan lääkärit eivät useinkaan ota puheeksi kerran aloitettua bentsodiatsepiinien käyttöä (Parr ym. 2006; Cook ym. 2007a). Bentsodiatsepiinilääkityksestä ei usein edes keskusteltu, koska lääkärissä käytiin jonkun muun syyn takia. Tutkimuksissa ilmeni, että sekä aikuispotilaat että iäkkäät luottivat lääkitykseen liittyvissä päätöksissä lääkärin valintaan (Anthierens ym. 2007b; Cook ym. 2007a). He kokivat reseptin kirjoittamisen hiljaisena suostumuksena lääkkeen käytölle. Iäkkäät potilaat kokivat myös reseptien uusiminen helpoksi (Cook ym. 2007a). Australialaistutkimus antaa viitettä, että aikuispotilaiden mielestä lääkitys määrättiin jopa liian helposti (Parr ym. 2006). Myöhemmin resepti uusittiin usein lääkäriä näkemättä ja lopettamisesta ei edes keskusteltu. Jatkuva bentsodiatsepiinien määrääminen yhdistettiin lääkärin ajanpuutteeseen ja haluttomuuteen tarttua lopettamiseen erityisesti iäkkäillä. Tutkimuksissa ei ilmennyt keskittyivätkö lääkärit vastaanottotilanteessa laisinkaan unettomuuden tai ahdistuksen syiden selvittelyyn tai hoitoon. Suomessa psykotrooppisten lääkkeiden uusiminen ilman, että lääkäri näkee potilasta, on myös yleistä (Saastamoinen ym. 2008). Lääkärit uusivat ilman kahdenkeskistä tapaamista potilaan kanssa psyykenlääkkeitä sisältävistä lääkemääräyksistä yli puolet sekä unilääkkeisiin ja rauhoittaviin lääkkeisiin kuuluvista

lääkemääräyksistä yli kaksi viidestä. Myös iäkkäät, ≥ 65 -vuotiaat altistuivat reseptien uusimiselle tapaamatta lääkärinä useammin kuin nuoremmat. Iäkkäillä on käytössä pitkäaikaisia säännöllisiä lääkkeitä, joten reseptien uusiminen on tavanomaista. Usein myös vastaanotolla käydessään potilailla on tärkeämpiäkin ongelmia, joihin lääkäri haluaa mieluummin käytettävissä olevan ajan puitteissa puuttua (Cook ym. 2007a; Cook ym. 2007b).

5.3 Tietämys yleisesti lääkkeistä

Kahdessa tutkimuksessa käsiteltiin yleisesti iäkkäiden tietämystä käyttämistään lääkevalmisteista (Barnas ym. 1991; Barat ym. 2001). Barnasin ym. (1991) Itävallassa tehdyssä haastattelututkimuksessa kaikki tutkimukseen osallistujat ($n = 171$) käyttivät bentsodiatsepiineja, mutta tutkimuksessa käsiteltiin bentsodiatsepiineihin liittyvien tietotarpeiden ja tietämyksen lisäksi myös iäkkäiden tietämystä yleisesti heidän käytössä olevista lääkkeistään. Myös 2000-luvun alussa julkaistussa tanskalaisessa haastattelututkimuksessa arvioitiin yleisesti iäkkäiden ($n = 348$) tietämystä lääkkeitänsä (Barat ym. 2001). Tutkimukseen osallistuneista yli puolella (58 %) oli unilääke käytössä. Tutkimuksissa ilmeni, että iäkkäät tiesivät melko vähän lääkkeitänsä (Barnas ym. 1991; Barat ym. 2001). Tutkimusten mukaan iäkkäistä läheskään kaikki eivät edes tieneet käyttämiensä lääkkeiden nimiä ja käyttötarkoituksia. Tanskassa tehdyssä tutkimuksessa iäkkäistä 60 prosenttia tiesi lähes kaikkien (75 %) käyttämiensä lääkkeiden käyttötarkoituksen ja yli viidennes (21 %) ymmärsi lääkkeen unohtamisen seuraukset (Barat ym. 2001). Huomattavasti vähemmän tietoisia oltiin lääkkeiden haittavaikutuksista (4 %) ja toksisista vaikutuksista (5 %). Kukaan osallistujista ei ollut tietoinen lääkkeiden yhteisvaikutuksista. Itävaltalaisutkimuksen mukaan puolet tutkimukseen osallistuvista apteekista bentsodiatsepiineja hakevista iäkkäistä ($n = 171$) tiesi käyttämiensä lääkkeiden nimet ja käyttötarkoitukset (Barnas ym. 1991). Viidennes puolestaan tiesi lääkkeiden käyttötarkoitukset, mutta ei lääkkeiden nimiä.

5.4 Tietämys bentsodiatsepiiniyhdisteistä

1980-luvulta löytyy kaksi tutkimusta, joissa on selvitetty laajemmin potilaiden tietämystä bentsodiatsepiineista aikuisväestössä (Mansbridge ja Fisher 1984; Nolan ja O'Malley 1988). Teksasissa tehdyssä tutkimuksessa Mansbridge ja Fisher (1984) selvittivät apteekin asiakkaiden (n = 147) tietämystä diatsepaamista erillisen testilomakkeen avulla. Tutkimuksessa oli mukana asiakkaita, jotka olivat aikaisemmin käyttäneet diatsepaamia ja asiakkaita, jotka eivät olleet koskaan sitä käyttäneet. Asiakkaat olivat iältään 18–84-vuotiaita, keskimääräinen ikä oli 49 vuotta. Kysely koostui yhteensä kolmestakymmenestä kohdasta, jotka liittyivät valmisteen generiseen nimeen, käyttötarkoitukseen, yhteisvaikutuksiin, vasta-aiheisiin, yleisiin haittavaikutuksiin, vakaviin haittavaikutuksiin ja pieneen yliannostukseen. Nolan ja O'Malley (1988) tutkivat haastattelututkimuksensa osana puolestaan apteekin asiakkaiden tietämystä bentsodiatsepiinin käyttöön liittyvistä huomioon otettavista asioista. Irlannissa tehtyyn tutkimukseen osallistui 16 apteekkia ja yhteensä 450 asiakasta. Asiakkaat olivat iältään ≥ 20 -vuotiaita, ja heistä yli kolmannes oli ≥ 65 -vuotiaita. Osa aiheeseen liittyvistä tutkimuksista keskittyy bentsodiatsepiinien käytön kuvaamisen ohessa potilaiden tietämyksen osalta vain yksittäisiin haittavaikutuksiin, kuten heidän tietoisuuteen riippuvuudesta tai lääkkeen vaikutuksen kestosta (Barnas ym. 1991; Magnusdottir ja Ribacke 1996). Ruotsissa tehdyssä kyselytutkimuksessa selvitettiin unilääkkeitä käyttävien potilaiden tietämystä unilääkkeiden käytöstä sekä yleisesti unesta (Magnusdottir ja Ribacke 1996). Potilaat (n = 108) olivat iältään 20–80-vuotiaita, keskiarvo oli 72 vuotta.

2000-luvulla tehdyt kyselytutkimukset pohjautuvat usein Mahin ja Upshurin (2002) laatimaan kyselyyn. Kyselyä on käytetty selvittämään sekä lääkäreiden että bentsodiatsepiinivalmisteita käyttävien potilaiden käsityksiä bentsodiatsepiinien pitkäaikaisen käytön hyödyistä ja riskeistä (Siriwardena ym. 2006; Siriwardena ym. 2008; Siriwardena ym. 2010). Potilaiden käsitykset perustuvat tutkimuksissa heidän omaan kokemukseensa (Mah ja Upshur 2002; Siriwardena ym. 2008). Mahin ja Upshurin (2002) kanadalaistutkimuksessa osallistujat olivat yli 60-vuotiaita potilaita (n = 93), jotka olivat uusineet bentsodiatsepiinireseptin lääkärin vastaanotolla ja olivat

käyttäneet bentsodiatsepiineja yli vuoden ajan. Kyselyssä selvitettiin 5-portaisen Likert-asteikon avulla potilaiden käsityksiä bentsodiatsepiinien käytön hyödyistä (7 kohtaa) ja riskeistä (9 kohtaa). Lisäksi 2000-luvulla on tehty joitakin aihetta sivuavia kvalitatiivisia haastattelututkimuksia (Ilfie ym. 2004; Anthierens ym. 2007b). Pääosin tutkimukset keskittyvät selvittämään potilaiden näkemyksiä ja asenteita, mutta osittain myös tietämystä.

Aikuispotilaat kokivat tietävänsä hyvin vähän bentsodiatsepiinilääkityksestään: ”En tiedä mitään tästä lääkkeestä, paitsi että se rauhoittaa minua” (Anthierens ym. 2007b). Bentsodiatsepiinien käyttötarkoitus oli kuitenkin hyvin tiedossa apteekista bentsodiatsepiineja hakevilla asiakkailta (Barnas ym. 1991). Lähes kaikki tutkimukseen osallistujat (98 %) kolmea lukuun ottamatta tiesivät bentsodiatsepiinien käyttötarkoituksen. He tiesivät käyttötarkoituksen bentsodiatsepiinien osalta yleisemmin kuin muiden käyttämiensä lääkkeiden. 1980-luvulla tehdyssä Mansbridgen ja Fisherin (1984) tutkimuksessa kuitenkin ilmenee, että diatsepaamin osalta valmisteen geneeristä nimeä ei tiennyt monikaan. Tutkimukseen osallistujista alle kolme prosenttia oli siitä tietoinen. Magnusdottirin ja Ribacken (1996) tutkimuksessa useimmat osallistujat (80 %) luulivat, että unilääkkeellä ja nukahtamislääkkeellä oli eroa. Osallistujat tiesivät kuitenkin hyvin unihygieniasta, ja muita keinoja oli laajalti kokeiltu unettomuuden hoidossa.

Tietämystä bentsodiatsepiinien käytössä huomioon otettavista asioista, kuten yhteisvaikutuksista ja vasta-aiheista on selvitetty melko vähän (Mansbridge ja Fisher 1984; Nolan ja O'Malley 1988). Potilaiden tietämystä yhteisvaikutuksista muiden keskushermostoon vaikuttavien aineiden kanssa on selvitty kahdessa eri tutkimuksessa aikuisväestössä. Teksasissa tehdyssä tutkimuksessa lähes kaikki olivat tietoisia diatsepaamin yhteisvaikutuksista alkoholin ja unilääkkeiden kanssa (Mansbridge ja Fisher 1984). Myös Irlannissa tehdyssä haastattelututkimuksessa ilmeni bentsodiatsepiineja käyttävien apteekin asiakkaiden tietämys bentsodiatsepiinien yhteisvaikutuksesta alkoholin kanssa (Nolan ja O'Malley 1988). Kysyttäessä asiakkailta bentsodiatsepiinien käyttöön liittyvistä sekoista 34 prosenttia mainitsi, että täytyy välttää alkoholia. Huomattavasti harvemmin haastattelussa ilmeni muita käytössä

huomioon otettavia asioita. Mansbridgen ja Fisherin tutkimuksessa selvisi, että diatsepaamin osalta eniten tietoisia oltiin pienen yliannostuksen vaikutuksista, lääkkeiden yhteisvaikutuksista alkoholin ja unilääkkeiden kanssa sekä vasta-aiheista raskauden ja imetyksen aikana (Mansbridge ja Fisher 1984). Tietoisuus diatsepaamin käytöstä samanaikaisesti alkoholin ja unilääkkeiden kanssa sekä raskauden ja imetyksen aikana saattaa kuvastaa kuitenkin yleistä tietämystä lääkkeistä, eikä erityisesti diatsepaamiin liittyen.

Haittavaikutusten osalta tutkimukset keskittyvät useimmiten potilaiden tietoisuuteen yksittäisen haittavaikutuksen osalta (Barnas ym. 1991; Magnusdottir ja Ribacke 1996). Muutamassa tutkimuksessa on kuitenkin pyritty hieman laajemmin selvittämään potilaiden tietämyksiä ja käsityksiä bentsodiatsepiinien haittavaikutuksista (Mansbridge ja Fisher 1984; Nolan ja O'Malley 1988; Mah ja Upshur 2002). Tutkimuksista ilmeni, että tietoisuus yleisesti bentsodiatsepiinien haittavaikutuksista oli melko vähäistä (Mansbridge ja Fisher 1984; Nolan ja O'Malley 1988). Mansbridgen ja Fisherin (1984) kyselytutkimuksen mukaan vähiten tietoisia oltiin juuri diatsepaamin haittavaikutuksista. Nolanin ja O'Malleyn (1988) haastattelututkimuksessa hieman yli kolme prosenttia tiesi, että lääke saattaa häiritä ajamista ja vajaa kolme prosenttia mainitsi bentsodiatsepiinien aiheuttavan väsymystä. Ruotsissa tehdyssä tutkimuksessa suurin osa potilaista (72 %) kuitenkin tiesi, että unilääkkeen vaikutus saattaa säilyä seuraavaan päivään (Magnusdottir ja Ribacke 1996). Mahin ja Upshurin (2002) kyselytutkimuksessa ilmeni, että keskimääräinen käsitys hyödyistä oli iäkkäillä merkittävästi korkeampi kuin lääkäreillä (3,9 vs. 2,8) ja keskimääräinen käsitys haitoista puolestaan merkittävästi matalampi iäkkäillä kuin lääkäreillä (2,2 vs. 3,6). Potilaiden ja lääkäreiden käsityksien välillä oli selkeä ristiriitaisuus. Syyksi tähän epäiltiin potilaan puutteellista osallistumista hoidosta sopimiseen. Lääkityksen hyödyistä ja haitoista ei ollut keskusteltu avoimesti potilaan kanssa.

Useampi tutkimus keskittyy aikuispotilaiden tietoisuuteen bentsodiatsepiinien riskistä aiheuttaa riippuvuutta (Barnas ym. 1991; Magnusdottir ja Ribacke 1996). Barnasin ym. (1991) haastattelututkimuksen mukaan yhteensä 75 prosenttia asiakkaista tiesi bentsodiatsepiinien riskistä aiheuttaa riippuvuutta. Viides osa potilaista ei ollut tietoinen

riskistä tai ei uskonut bentsodiatsepiinien aiheuttavan riippuvuutta. Riippuvuutta tai muita lääkitykseen liittyviä asioita ei yleensä otettu edes puheeksi lääkärin kanssa. Lähes viides osa ei ollut koskaan puhunut lääkityksestä lääkärinsä kanssa ja heistä kolmannes ei ollut koskaan kuullut bentsodiatsepiinien riskistä aiheuttaa riippuvuutta. Myös Ruotsissa Gävlen terveystieteiden tutkimuksessa tehdyssä kyselytutkimuksessa selvitettiin potilaiden tietämystä unilääkkeiden riskistä aiheuttaa riippuvuutta (Magnusdottir ja Ribacke 1996). Tutkimuksen tulokset olivat edellisen kaltaiset. Suurin osa osallistujista tiesi unilääkkeiden aiheuttavan riippuvuutta, kuitenkin kolmannes osallistujista ei tätä tiennyt. Iäkkäämmät ihmiset olivat vähemmän tietoisia haitasta kuin nuoremmat.

Isossa-Britanniassa tehty haastattelututkimus antaa viitettä, että iäkkäiden potilaiden lopettamishalukkuudella on vaikutusta tietämykseen lopettamisen tuomista hyödyistä (Iliffe ym. 2004). Bentsodiatsepiineja käyttävät iäkkäät, jotka olivat valmiita lopettamaan bentsodiatsepiinien käytön, mainitsivat useammin bentsodiatsepiinilääkityksen lopettamisen tuovan hyötyjä kuten selkeyttävän ajattelua ja parantavan muistia. Suurin osa kielteisesti lääkityksen lopettamiseen suhtautuvista iäkkäistä potilaista puolestaan koki lopettamisen hyödyttämäksi tai ei osannut mainita mahdollisia hyötyjä.

5.5 Aiempien tutkimusten arviointi

Potilaiden tietotarpeisiin ja tietämykseen liittyviä tutkimuksia bentsodiatsepiinien osalta on melko vähän bentsodiatsepiinien käytön yleisyyteen verrattuna. Iäkkäiden tietotarpeita arvioivia tutkimuksia on vielä vähemmän, vaikka pitkäaikainen käyttö on yleisintä juuri heillä (Mah ja Upshur 2002; Iliffe ym. 2004; Cook ym 2007a). Yksittäisiä näkökohtia aiheeseen saa eri tutkimuksista, mutta laajempia potilaiden tietotarpeisiin keskittyviä tutkimuksia ei juuri ole. Kirjallisuushaun perusteella löytyi texasilainen ja ruotsalainen tutkimus, joiden tarkoituksena oli selvittää nimenomaan potilaiden tietämystä bentsodiatsepiineista (Mansbridge ja Fisher 1984; Magnusdottir ja Ribacke 1996). Molemmat tutkimukset olivat kuitenkin aikuisväestössä tehtyjä ja jo toistakymmentä vuotta vanhoja, eivätkä siten enää nykyään kovin paikkansapitäviä ja yleistettäviä. Lääkäreiden ja farmasian ammattilaisten antama lääkeneuvonta sekä

potilaiden käyttämät tietolähteet ovat kehittyneet vuosien aikana. Myös hoitokäytännöt ovat muuttuneet, ja bentsodiatsepiinien käytön yleisyyteen erityisesti iäkkäiden keskuudessa on alettu vasta myöhemmin puuttua. Lisäksi tutkimukset olivat paikallisia, ja melko pienellä otoksella tehtyjä kyselytutkimuksia. Suomessa vastaavia tutkimuksia ei ole tehty.

Yleisesti aiheeseen liittyvissä tutkimuksissa käytetyt menetelmät olivat pääasiassa kysely- tai haastattelututkimuksia lukuun ottamatta kahta havainnointitutkimusta psyykenlääkkeiden osalta. Kyselytutkimukset olivat usein paikallisia ja osassa otoskoot olivat pieniä. Tulokset eivät siten ole yleistettävissä. Haastattelututkimuksista osa oli kvalitatiivisia, ja ne antoivat hyvää yleiskuvaa aiheesta. Katsaukseen mukaan otettavia tutkimuksia oli vaikea verrata keskenään, koska lähes kaikissa tutkimuksissa oli aiheetta lähestytty hieman eri näkökulmasta. Kirjallisuuskatsaukseen sisällytettiin myös tutkimuksia, joissa bentsodiatsepiineja käyttävät potilaat oli käsitelty muita psyykenlääkkeitä käyttävien potilaiden joukossa. Tuloksista ei pystynyt erottelemaan erikseen bentsodiatsepiinien käyttäjiä. Potilaiden tietotarpeet ja tietämys saattavat erota näiden ryhmien välillä huomattavasti, sillä sairauden vakavuus ja lääkkeen käyttö poikkeavat bentsodiatsepiiniyhdisteiden ja esimerkiksi psykoosilääkkeiden välillä. Usea tutkimus oli tehty koko aikuisväestöllä. Vaikka osallistujista suurin osa olisikin ollut iäkkäitä, heitä ei pystytty erittelemään tuloksista. Iäkkäillä bentsodiatsepiinien haittavaikutukset korostuvat, ja siten myös tietoisuus niistä sekä lääkkeen oikeasta käytöstä olisi erityisen tärkeää. Myös lääkärit suhtautuivat iäkkäiden bentsodiatsepiinien pitkäaikaiskäyttöön hyväksyvämmiin kuin nuorempien, ja siten heidän antama lääkeneuvonta iäkkäille voi poiketa nuoremmille annatusta neuvonnasta.

EMPIIRINEN OSA

6 TUTKIMUKSEN TAVOITTEET

Tämän opinnäytetyön tavoitteena on selvittää perusterveydenhuollon potilaiden bentsodiatsepiinien tai niiden kaltaisten lääkeaineiden käyttöä sekä heidän tietämystään ja tietotarpeitaan käyttämistään bentsodiatsepiineista ja niiden kaltaisista yhdisteistä (Taulukko 3). Tutkimuksen päätavoitteena on keskittyä juuri iäkkäiden tietämykseen ja tietotarpeisiin käyttämistään bentsodiatsepiinivalmisteista, ja sitä kautta selvittää lääkeinformaatiossa huomioitavia asioita iäkkäillä tästä lääkeaineryhmästä. Potilaiden tietämyksen osalta tutkimus keskittyy bentsodiatsepiinien haittavaikutuksiin. Lisäksi selvitetään potilaiden tietolähteitä yleisesti käyttämistään lääkkeistä ja erityisesti bentsodiatsepiiniyhdisteiden hyödyistä ja haitoista. Tutkimuksessa tarkastellaan myös, mitä tietoa potilaat ovat saaneet terveydenhuollon ammattilaisilta tai omaisilta bentsodiatsepiiniyhdisteiden hyödyllisistä ja haitallisista vaikutuksista. Bentsodiatsepiinien ja niiden kaltaisten lääkeaineiden käytön osalta keskitytään tarkastelemaan iäkkäiden käyttämiä bentsodiatsepiiniyhdisteitä ja annoksia kriteeristöt huomioiden. Lisäksi tarkastellaan iäkkäiden kokemia hyötyjä ja haittoja lääkityksestään.

Taulukko 3. Opinnäytetyön tavoitteet

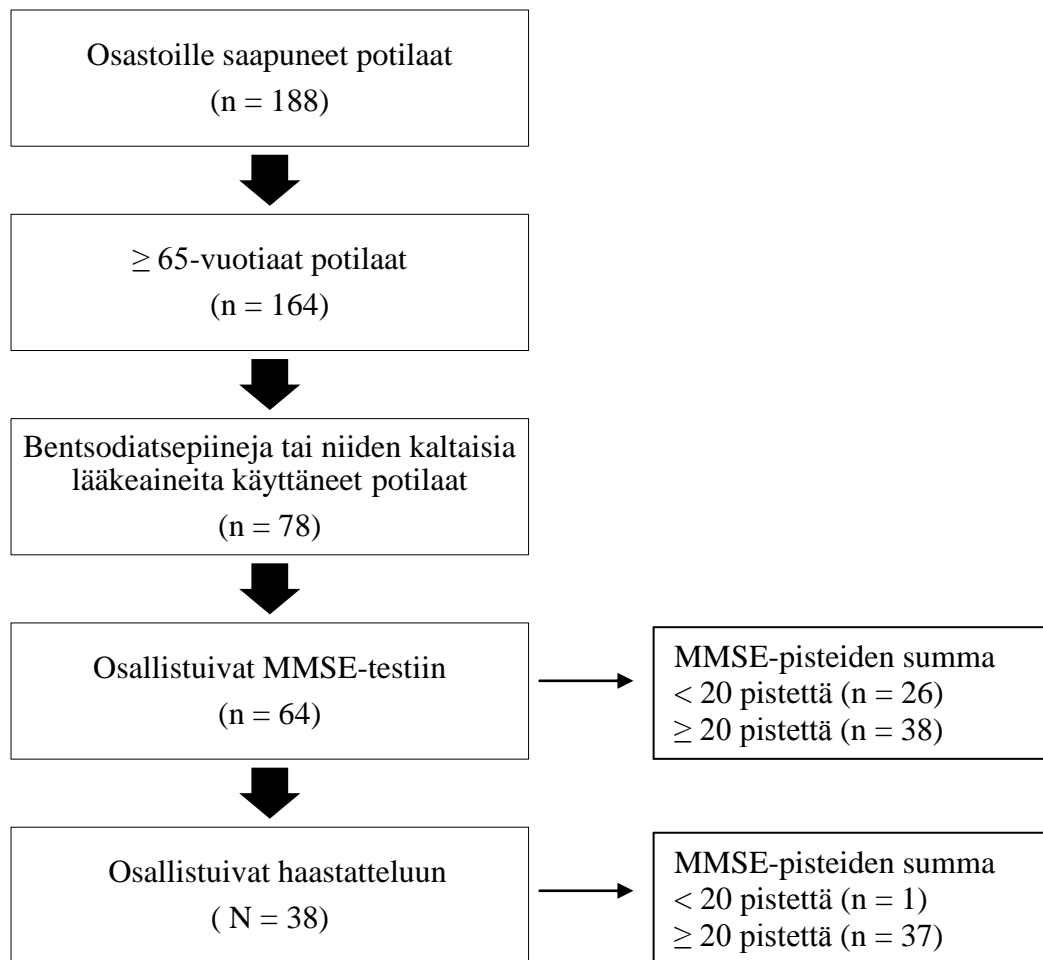
<p>1. Selvittää iäkkäiden tietämystä ja tietotarpeita käyttämistään bentsodiatsepiineista tai niiden kaltaisista lääkeaineista</p> <ul style="list-style-type: none"> • Keneltä iäkkäät ovat saaneet tietoa hyödyistä ja haitoista? • Mitä tietoa iäkkäät ovat saaneet hyödyistä ja haitoista? • Ovatko iäkkäät tietoisia bentsodiatsepiiniyhdisteiden haittavaikutuksista?
<p>2. Selvittää iäkkäiden bentsodiatsepiinien tai niiden kaltaisten lääkeaineiden käyttöä</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mitä valmisteita iäkkäät ovat käyttäneet ja millä annoksilla? • Millaisia hyötyjä ja haittoja iäkkäät ovat kokeneet?

7 TUTKIMUSAINEISTO JA MENETELMÄT

7.1 Aineiston keräys

Aineisto kerättiin Porin kaupunginsairaalan kahdelta akuuttiosastolta (sisätaudit ja geriatria) kesäkuun 2004 aikana. Tutkimukseen otettiin mukaan kaikki suoraan kotoa saapuvat 65-vuotiaat tai sitä vanhemmat potilaat. Yhteensä 188 potilasta kävi osastoilla tutkimusajankohtana ja heistä 164 potilasta oli iältään ≥ 65 -vuotiaita. Potilaista lähes puolet ($n = 78$) käytti bentsodiatsepiineja tai niiden tavoin vaikuttavia lääkkeitä.

Potilaiden lääkitystiedot kotona käytössä olevissa lääkkeistä kerättiin heitä haastatteleamalla (Puustinen ym. 2007). Lisäksi tietoa lääkityksestä saatiin sairaalaan mukana tuoduista resepteistä. Yhtään uutta bentsodiatsepiinia tai niiden kaltaista lääkettä ei aloitettu ennen kuin lääkitystieto oli kerätty. Lääkkeet luokiteltiin vuoden 2004 anatomis-terapeuttis-kemiallisen (ATC) -luokituksen mukaisesti (Lääkkeiden luokitus (ATC) ja määritellyt vuorokausiannokset (DDD) 2004). Sairaalan rekisteristä kerättiin potilaille diagnosoidut sairaudet ICD-10-tautiluokituksen mukaisesti. Lisäksi huomioitiin potilaiden itsensä ilmoittamat sairaudet. Potilaiden kognitiiviset taidot arvioitiin ensimmäisenä tai toisena sairaalapäivänä kognitiivisen toimintakyvyn arviointi (Mini-Mental State Examination, MMSE) -testillä (Folstein ym. 1975). Jos testi oli tehty potilaalle edellisten kahden viikon aikana sairaalaan saapumisesta ja tulos oli kirjattu potilaskertomukseen, voitiin käyttää myös sitä tulosta. Testin maksimipistemäärä on 30 ja ≤ 24 pistettä merkitsee yleensä poikkeavaa älyllistä toimintakykyä (Mini-Mental State Examination). Haastattelututkimukseen otettiin mukaan pääosin vain ne potilaat, jotka olivat saaneet MMSE-testissä 20 pistettä tai enemmän. Tapauskohtaisesti myös 18 tai 19 pistettä testissä saaneet potilaat ovat voineet osallistua, jos tutkiva lääkäri on arvioinut, että haastattelutieto on näiltäkin potilailta luotettava. Suurin osa (82 %) iäkkäistä bentsodiatsepiiniyhdisteitä käyttävistä potilaista ($n = 64$) osallistui testiin ja heistä 38 osallistui haastatteluun (Kuva 3).



(MMSE = Mini-Mental State Examination)

Kuva 3. Aineiston muodostuminen.

Lääkäri pyrki haastattelemaan potilaat ensimmäisenä tai toisena sairaalapäivänä. Haastattelussa käytettiin strukturoitua haastattelulomaketta. Bentsodiatsepiinivalmisteita kotona käyttäneiltä potilailta kysyttiin muun tutkimuksen lisäksi heidän bentsodiatsepiinien käytöstä ja tietämyksestä käyttämistään bentsodiatsepiineista (Liite 1). Bentsodiatsepiinien ja niiden kaltaisten lääkeaineiden käyttöä ja potilaiden tietämystä käyttämistään bentsodiatsepiiniyhdisteistä koskeva haastattelulomake selvitti potilaiden kokemuksia bentsodiatsepiiniyhdisteiden käytöstä, lääkehoidon toteutumista, potilaiden tietämystä ja tiedonlähteitä sekä aikaisempia lopetusyrityksiä ja lopetushalukkuutta (Taulukko 4).

Taulukko 4. Pääkohdat bentsodiatsepiineja ja niiden kaltaisia lääkkeitä käyttäviltä potilailta kysytyistä kysymyksistä liittyen bentsodiatsepiinien käyttöön ja potilaiden tietämukseen bentsodiatsepiineista.

<p>1. Potilaan taustatiedot</p> <ul style="list-style-type: none"> • ikä, sukupuoli, sairaudet, lääkitys • mistä on saapunut sairaalaan? • käykö pääasiassa saman lääkärin vastaanotolla?
<p>2. Lääkehoidon toteutuminen kotona ja kokemukset bentsodiatsepiinivalmisteista</p> <ul style="list-style-type: none"> • säännöllisesti käytetyt bentsodiatsepiinivalmisteet, annosohje ja käytetty annos • tarvittaessa käytetyt bentsodiatsepiinivalmisteet, annosohje ja käytetty annos • onko ottanut bentsodiatsepiinivalmisteita annosohjeen mukaisesti? • milloin käyttö on aloitettu ja miksi? • koetut hyödyt ja haitat
<p>3. Lääkeinformaatio ja tietämys</p> <ul style="list-style-type: none"> • keneltä on saanut tietoa lääkityksen hyödyistä, mitä tietoa? • keneltä on saanut tietoa lääkityksen haitoista, mitä tietoa? • tietoisuus (toleranssin kehittyminen, riippuvuus, vieroitusoireet, päiväväsymys, muistin heikkeneminen, lihasheikkous, masennus, eivät edistä unen saamista pitkäaikaisessa käytössä, kaatuilu, alkoholi, asteittain lopetus)
<p>4. Lopetusyritykset ja lopetushalukkuus</p> <ul style="list-style-type: none"> • onko yrittänyt lopettaa bentsodiatsepiinivalmisteiden käytön? • koetut vieroitusoireet, ja miksi aloitti käytön uudestaan? • haluaisiko lopettaa käytön?

Tutkimukselle on haettu lupa Satakunnan sairaanhoitopiirin eettiseltä toimikunnalta ja Porin kaupunginsairaalan johtavalta ylilääkäriltä. Tutkimukseen osallistuminen oli täysin vapaaehtoista ja tutkimuksiin osallistuvilta potilailta pyydettiin kirjallinen suostumus. Tutkimus on osa laajempaa tutkimusta, jossa on selvitetty iäkkäiden terveyttä, fyysistä toimintakykyä, kognitiivisia toimintoja, nukkumista, bentsodiatsepiinien ja niiden kaltaisten lääkkeiden käyttöä, plasman bentsodiatsepiinipitoisuuksia sekä iäkkäiden saamaa lääkeinformaatiota ja tietämystä. Tässä opinnäytetyössä tarkastellaan edellä esitettyjä iäkkäiden tietämukseen ja kokemukseen liittyviä näkökulmia bentsodiatsepiiniyhdisteistä ja heidän saamasta lääkeinformaatiosta (Taulukko 4). Muun aineiston pohjalta on julkaistu raportti *Drugs Aging* -lehdessä osana Juha Puustisen lääketieteen lisensiaatin tutkinnon syventäviä

töitä (Puustinen ym. 2007). Tutkimus käsitteli bentsodiatsepiinilääkityksen yhteyttä terveyteen, fyysiseen toimintakykyyn ja kognitiivisiin toimintoihin.

7.2 Aineiston analysointi

Potilaiden tutkimusta edeltäneen viikon aikana käyttämät bentsodiatsepiinivalmisteet luokiteltiin säännölliseksi ja tarvittaessa käytössä oleviksi. Luokitus perustui potilaan ilmoittamaan käyttöön, lääkärin määräämiin resepteihin ja potilaan sairaskertomuksiin. Tarkemmasta annostelusta saatiin tietoa sekä reseptiin kirjoitetusta annosohjeesta että potilaan itse arvioimasta käytöstä haastattelun perusteella. Potilaiden käyttämiä bentsodiatsepiinivalmisteita ja niiden käyttöä tarkasteltaessa bentsodiatsepiinit luokiteltiin vaikutuksen keston mukaan kahteen luokkaan: pitkävaikutteisiin ja keskipitkävaikutteisiin. Kenelläkään tutkimukseen osallistuneista potilaista ei ollut käytössä lyhytvaikutteisia bentsodiatsepiineja. Potilaiden käyttämistä lääkkeistä pitkävaikutteisia olivat diatsepaami ja nitratsepaami. Keskipitkävaikutteisia olivat puolestaan alpratsolaami, loratsepaami, oksatsepaami ja tematsepaami. Keskipitkävaikutteisista bentsodiatsepiineista laitettiin erikseen omaan luokkaansa bentsodiatsepiinijohdokset: tsopikloni ja tsolpideemi. Bentsodiatsepiinit ja niiden kaltaiset lääkeaineet pois lukien, muiksi psyykenlääkkeiksi määritettiin psykoosi- ja neuroosilääkkeet (N05A, N05B) sekä masennuslääkkeet (N06A).

Potilaiden käyttämiä bentsodiatsepiinivalmisteita ja niiden annoksia arvioitiin sekä Beersin kriteerien että iäkkäiden lääkeytymisen tietokannan antamien suositusten mukaisesti (Fick ym. 2003; Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus 2010). Arvioinnissa käytettiin potilaiden ilmoittamia tutkimusta edeltäneen viikon mukaisia annoksia annosohjeiden ilmoittaman annostuksen sijaan. Osalla potilaista oli käytössä useampia bentsodiatsepiinivalmisteita, joten kuvattaessa potilaiden bentsodiatsepiinivalmisteita ja niiden käyttöä (luku 8.2) prosenttiluvut esitetään käytössä olevien valmisteiden lukumäärästä eikä potilaiden lukumäärästä.

Avoimet kysymykset, kuten tarvittaessa otettavan lääkkeen käyttäminen, annosohjeesta poikkeava lääkkeen käyttö, potilaiden kokemat bentsodiatsepiinilääkityksen hyödyt ja

haitat, lääketiedon lähteet, terveydenhuollon ammattilaisen tai omaisen antama lääkeneuvonta ja koetut vieroitusoireet, luokiteltiin potilaiden vastausten perusteella. Potilaiden tietämystä käyttämistään bentsodiatsepiineista tai niiden kaltaisista lääkeaineista käsittelevät kysymykset pisteytettiin. Potilaan ollessa tietoinen kysytystä haittavaikutuksesta hän sai yhden pisteen. Vastaavasti, jos hän ei ollut tietoinen, hän sai nolla pistettä. Suurin mahdollinen pistemäärä oli 11 pistettä.

Aineiston tilastolliseen käsittelyyn käytettiin PASW Statistics 18 (SPSS) -ohjelmaa. Potilaiden taustatietojen ja lääkkeiden käytön esittämiseen käytettiin kuvailevaa tilastollista analyysia. Aineisto käsiteltiin esittämällä frekvenssejä, prosenttilukuja ja keskiarvoja.

8 TUTKIMUKSEN TULOKSET

8.1 Potilaiden taustatiedot

Bentsodiatsepiineja tai niiden kaltaisia lääkeaineita kotona käyttäneet potilaat ($n = 38$) olivat iältään 68–92-vuotiaita (keskiarvo 80 vuotta \pm 5 vuotta). Enemmistö tutkimukseen osallistuneista oli naisia (82 %, $n = 31$) (Taulukko 5). Suurin osa iäkkäistä (76 %, $n = 29$) kävi pääasiassa saman lääkärin vastaanotolla. Lähes kaikki osallistujista saapui sairaalaan kotoa (68 %, $n = 26$) tai palveluasunnosta (24 %, $n = 9$). Yksi saapui jatkohoitoon toisesta sairaalasta ja kahdelta potilaalta vastausta ei saatu. Kognitiivisen toimintakyvyn arviointi (MMSE) -testissä lähes puolet (47 %, $n = 18$) sai 24 pistettä tai vähemmän. Kuitenkin alle 20 pistettä sai vain yksi potilas. Potilaille diagnosoitujen sairauksien lukumäärä vaihteli yhdestä kahdeksaan (keskiarvo 4 ± 2). Masennus oli diagnosoitu kahdelle potilaista ja dementia yhdelle. Alkoholin käyttöön liittyvä maksakirroosi oli puolestaan yhdellä potilaalla. Potilaiden edeltäneen viikon aikana käyttämien säännöllisten lääkkeiden lukumäärä vaihteli yhdestä kolmeentoista (keskiarvo 9 ± 4) ja tarvittaessa käytössä olevien nollasta seitsemään (keskiarvo 2 ± 2).

Taulukko 5. Bentsodiatsepiineja tai niiden tavoin vaikuttavia valmisteita kotona käyttäneiden ≥ 65 -vuotiaiden potilaiden (n = 38) taustatiedot.

	Frekvenssi	Prosenttiosuus (%)
Sukupuoli		
• nainen	31	82
• mies	7	18
Saapui sairaalaan		
• kotoa	26	68
• palveluasunnosta	9	24
• jatkohoito toisesta sairaalasta	1	3
• ei vastausta	2	5
Bentsodiatsepiinien haittavaikutusten kannalta oleelliset sairaudet		
• dementia	1	3
• masennus	2	5
• alkoholin käyttöön liittyvät sairaudet	1	3
Mini-Mental State Examination (MMSE)		
• > 24 pistettä	20	53
• ≤ 24 pistettä	18	47
Kävi pääasiassa saman lääkärin vastaanotolla		
• kyllä	29	76
• ei	9	24
Bentsodiatsepiinivalmisteet		
• ainakin yksi säännöllisesti käytössä oleva	29	76
• ainakin yksi tarvittaessa käytössä oleva	11	29
	Keskiarvo	Keskihajonta
Sairaudet (lkm)	4	2
Säännöllisesti käytettävät reseptilääkkeet (lkm)	9	4
Tarvittaessa käytettävät reseptilääkkeet (lkm)	2	2
Muut psyykenlääkkeet (lkm)	0,4	0,6

8.2 Lääkehoidon toteutuminen kotona ja kokemukset bentsodiatsepiinivalmisteista

8.2.1 Bentsodiatsepiinivalmisteet ja niiden käyttö

Yli 75 prosentilla potilaista (n = 29) oli ollut tutkimusta edeltäneen viikon aikana säännöllisesti käytössä ainakin yksi bentsodiatsepiinivalmiste ja vajaalla 30 prosentilla (n = 11) ainakin yksi tarvittaessa käytössä oleva valmiste (Taulukko 5). Suurimmalla osalla potilaista (79 %, n = 30) oli ollut käytössä vain yksi bentsodiatsepiinivalmiste

(Taulukko 6). Yli viidennes (21 %, n = 8) oli kuitenkin käyttänyt useampaa kuin yhtä bentsodiatsepiinivalmistetta. Seitsemällä potilaalla (18 %) oli ollut käytössä kaksi bentsodiatsepiinivalmistetta ja yhdellä potilaalla kolme. Potilaat olivat käyttäneet bentsodiatsepiineja keskimäärin 6 vuotta, vaihteluväli alle vuodesta 30 vuoteen.

Tutkimukseen osallistuvien iäkkäiden käyttämistä bentsodiatsepiinivalmisteista bentsodiatsepiinin kaltaisia lääkkeitä oli 55 prosenttia (n = 26) (Taulukko 6). Tsopikloni oli yleisimmin käytetty valmiste sekä säännöllisessä (50 %, n = 17) että tarvittaessa käytössä olevista lääkkeistä (54 %, n = 7). Tsolpideemi oli käytössä vain kahdella potilaalla. Potilaiden käytössä olevista valmisteista 32 prosenttia (n = 15) luokiteltiin keskipitkävaikutteisiin bentsodiatsepiineihin. Näistä valmisteista oksatsepaamin käyttö oli yleisintä (n = 8). Iäkkäille suositeltavimman tematsepaamin käyttö puolestaan oli hyvin vähäistä (6 %, n = 3). Kahdella potilaalla oli säännöllisessä käytössä tematsepaamivalmiste ja yhdellä potilaalla tarvittaessa. Pitkävaikutteisista bentsodiatsepiineista diatsepaami oli yleisimmin käytetty (11 %, n = 5). Nitratsepaami oli säännöllisesti käytössä vain yhdellä potilaalla. Pitkävaikutteisia bentsodiatsepiinivalmisteita käyttävistä potilaista neljällä viidestä oli käytössä useampi kuin yksi bentsodiatsepiinivalmiste. Yhdellä potilaalla oli pitkävaikutteinen bentsodiatsepiinivalmiste sekä säännöllisessä että tarvittaessa käytössä olevana.

Tarvittaessa käytössä olevaa lääkitystä käytettiin yleensä annosohjeen mukaisesti (85 %, n = 11) (Taulukko 6). Säännöllisessä käytössä olevista valmisteista osuus oli hieman pienempi (62 %, n = 21). Potilaista, jotka eivät käyttäneet bentsodiatsepiinivalmistetta lääkärin määräämän annosohjeen mukaisesti (n = 14), yhdeksän käytti yleensä vähemmän kuin lääkäri oli määrännyt. Heistä yksi potilas oli käyttänyt ensin pienempää annosta, mutta oli ruvennut äskettäin ottamaan kokonaisen tabletin annosohjeen mukaisesti, koska ei kokenut pienemmän annoksen enää riittävän. Neljä potilasta oli puolestaan käyttänyt bentsodiatsepiinivalmistetta enemmän kuin lääkäri oli määrännyt. Yksi potilas oli vaihtanut valmistettaan toiseen, eikä siten käyttänyt kumpaakaan lääkettä (n = 2) annosohjeen mukaisesti. Lisäksi neljän potilaan vastausten perusteella ilmeni, että he itse sovelsivat lääkkeen annostelua, vaikka olivat vastanneet ottavansa lääkettä annosohjeen mukaisesti. Kaksi heistä kokeili aluksi ottaa vain puolikkaan

tabletin, ja myöhemmin toisen puolikkaan, jos uni ei ollut tullut. Yksi otti välillä vain puolikasta kokonaisen sijaan. Yksi oli lääkärin luvalla puolittanut annoksen ja ollut tutkimus ajankohtana pari viikkoa kokonaan ilman lääkitystä

Yleisimmin (66 %, n = 31) bentsodiatsepiinivalmiste oli alun perin määrätty unettomuuteen (Taulukko 6). Muita syitä olivat olleet rauhattomuus (11 %, n = 5), masennus (4 %, n = 2) ja säryt (2 %, n = 1). Kahdeksan bentsodiatsepiinivalmisteen osalta (17 %) potilaat eivät tieneet tai muistaneet, miksi kyseinen lääkitys oli alun perin aloitettu. Heistä kaikki yhtä lukuun ottamatta käyttivät kahta tai useampaa bentsodiatsepiinivalmistetta.

Taulukko 6. ≥ 65 -vuotiaiden potilaiden (n = 38) käyttämät bentsodiatsepiinivalmisteet edeltäneen viikon aikana sekä bentsodiatsepiinivalmisteiden käyttö ja käytön kesto. Potilailla oli käytössä yhteensä 34 säännöllistä lääkettä ja 13 tarvittaessa otettavaa lääkettä. Prosenttiluvut on esitetty lääkkeiden lukumäärän mukaan.

	Säännöllinen lääkitys (n = 34)		Tarvittaessa käytössä oleva lääkitys (n = 13)		Yhteensä	
	frekvenssi	%	frekvenssi	%	frekvenssi	%
Keskipitkävaikutteiset	12	35	3	23	15	32
Oksatsepaami	7	21	1	8	8	17
Tematsepaami	2	6	1	8	3	6
Loratsepaami	2	6			2	4
Alpratsolaami	1	3	1	8	2	4
Bentsodiatsepiinin kaltaiset lääkkeaineet	19	56	7	54	26	55
Tsopikloni	17	50	7	54	24	51
Tsolpideemi	2	6			2	4
Pitkävaikutteiset	3	9	3	23	6	13
Diatsepaami	2	6	3	23	5	11
Nitratsepaami	1	3			1	2

Taulukko 6. jatkuu

Bentsodiatsepiinien lukumäärä	Säännöllinen lääkitys		Tarvittaessa käytössä oleva lääkitys		Säännöllinen ja/tai tarvittaessa (n=38)	
0	9	24	27	71		
1	24	63	9	24	30	79
2	5	13	2	5	7	18
3					1	3
Käytön kesto						
	(n = 34)		(n = 13)		Yhteensä	
≤ 1 vuotta	7	21	5	38	12	26
2-5 vuotta	10	29	3	23	13	28
>5 vuotta	10	29	4	31	14	30
ei muista	7	21	1	8	8	17
Käyttää bentsodiatsepiinivalmisteita						
Annosohjeen mukaisesti	21	62	11	85	32	68
Annosohjeesta poiketen	13	38	2	15	15	32
Syy bentsodiatsepiinivalmisteen aloittamiseen						
Unettomuus	23	68	8	62	31	66
Rauhattomuus	2	6	3	23	5	11
Masennus	2	6			2	4
Säryt	1	3			1	2
Ei tiedä tai muista	6	18	2	15	8	17

8.2.2 Bentsodiatsepiinivalmisteiden käyttö suositukset huomioiden

Potilaiden käyttämistä bentsodiatsepiinivalmisteista (n = 47) Beers-lääkkeitä oli kahdeksan valmistetta: viisi diatsepaamivalmistetta, kaksi tematsepaamivalmistetta 20 milligramman annoksella ja yksi loratsepaamivalmiste yli 3 milligramman vuorokausiannoksella. Iäkkäiden lääkityksen tietokannan jaottelun mukaan potilaiden käyttämistä bentsodiatsepiinivalmisteista D-luokan lääkaineita oli kahdeksan valmistetta: viisi diatsepaamivalmistetta, kaksi alpratsolaamivalmistetta ja yksi nitratsepaamivalmiste. Suurin osa potilaiden käyttämistä bentsodiatsepiineista ja niiden tavoin vaikuttavista lääkaineista luokiteltiin C-luokan lääkaineiksi (83 %, n = 39). Potilaiden käyttämien lääkaineiden annoksista yhdeksän valmisteiden osalta annos oli tietokannan mukaisen aloitusannoksen mukainen ja näistä vain kaksi valmistetta oli

tarvittaessa käytössä olevana. Kaikkien valmisteiden osalta käytössä olevat annokset, yhtä poikkeusta lukuun ottamatta, olivat kuitenkin Duodecimin lääketietokannan mukaiset.

Tarvittaessa käytössä olevia valmisteita (n = 13) potilaat olivat käyttäneet vaihtelevalla tavalla. Kolme potilasta oli ottanut lääkkeen vasta sen jälkeen, kun oli ensin yrittänyt nukahtaa ilman lääkettä ja yksi oli ottanut lääkkeen, jos nukkumaan mennessä oli ollut rauhaton olo. Yksi potilas otti lääkettä vain, jos oli edellisen yön valvonut. Yhdelle palvelutalon potilaalle hoitaja oli tuonut lääkkeet ja yhdelle potilaalle lääkitys oli vasta äskettäin aloitettu kuntoutuksessa. Yksi oli puolestaan ottanut lääkkeen lähtiessään hoitamaan asioita. Tarvittaessa bentsodiatsepiineja käyttävistä potilaista lääkettä enintään 3 kertaa viikossa oli käyttänyt kuusi potilasta. Heistä kolmella käyttö oli ollut huomattavasti harvempaa. Yksi heistä kertoi ottavansa lääkettä kerran kahdessa viikossa: ”Jos on edellisen yön valvonut, niin on pakko ottaa puolikas unilääke, että saa hermot hallintaan”. Yksi potilas kertoi käyttävänsä tarvittaessa otettavaa lääkitystä säännöllisesti uutisten jälkeen. Säännöllisesti bentsodiatsepiinivalmisteita käyttävistä potilaista yhden potilaan vastausten perusteella kävi ilmi, ettei hän ottanut ihan joka iltana lääkettä: edellisellä viikolla oli ottanut neljänä iltana.

8.2.3 Lääkityksestä koetut hyödyt ja haitat

Potilaat olivat kokeneet suurimman osan käyttämistään bentsodiatsepiinivalmisteista (87 %, n = 40) hyödyllisiksi hoidon alkuaikana (Taulukko 7). Lähes yhtä usea valmiste koettiin hyödylliseksi myös tutkimusajankohtana (84 %, n = 38). Kaikki potilaat, joilla bentsodiatsepiinivalmiste oli ollut tarvittaessa käytössä olevana, kokivat lääkityksestä olleen hyötyä sekä hoidon alkuaikana että nykyisin. Molemmissa kysymyksissä yhdestä kahteen potilasta oli jättänyt kuitenkin vastaamatta.

Potilaat olivat kokeneet haittavaikutuksia hoidon aluksi vain 15 prosentissa bentsodiatsepiinivalmisteista (n = 7). Hoidon jatkuessakin potilaat kokivat haittavaikutuksia vain reilussa viidenneksessä valmisteista (21 %, n = 10). Kukaan

tarvittaessa bentsodiatsepiinivalmisteita käyttävistä potilaista ei ollut kokenut lääkityksen aiheuttavan haittavaikutuksia.

Taulukko 7. Bentsodiatsepiinivalmisteita käyttävien ≥ 65 -vuotiaiden potilaiden (n = 38) kokemat hyödyt ja haitat bentsodiatsepiinilääkityksestä. Potilailla oli käytössä yhteensä 34 säännöllistä lääkettä ja 13 tarvittaessa otettavaa lääkettä. Prosenttiluvut on esitetty lääkkeiden lukumäärän mukaan.

	Säännöllinen lääkitys (n=34)		Tarvittaessa käytössä oleva (n=13)		Yhteensä (n = 47)	
	frekvenssi	%	frekvenssi	%	frekvenssi	%
Potilas kokee lääkityksestä olleen/olevan hyötyä						
Hoidon alussa						(n=46)
Kyllä	28	82	12	100	40	87
Ei	6	18	0		6	13
Nykyisin						(n=45)
Kyllä	27	79	11	100	38	84
Ei	7	21	0		7	16
Potilas kokee saaneensa/saavansa lääkityksestä haittavaikutuksia						
Hoidon alussa						
Kyllä	7	21	0		7	15
Ei	27	79	13	100	40	85
Nykyisin						
Kyllä	10	29	0		10	21
Ei	24	71	13	100	37	79

Jos potilaat kokivat bentsodiatsepiinilääkityksestä olleen hyötyä tai haittaa, tiedusteltiin heiltä koettua vaikutusta avoimen kysymyksen muodossa. Potilaat saivat mainita useamman kuin yhden vaikutuksen hyötyjen ja haittojen kohdalla. Yleisimmin sekä hoidon alussa (n = 31) että nykyisin (n = 29) bentsodiatsepiinilääkityksen koettiin auttavan nukkumaan. Muita alussa koettuja hyötyjä olivat rauhoittava (5) ja ahdistusta tai masennusta lieventävä (2) vaikutus, hyvä olo (1), päiväaikainen jaksaminen (1) sekä lihasjännityksen / kivun lievitys (1). Kahden lääkevalmisteen osalta potilas ei hoidon aluksi tiennyt, mihin lääkettä käytetään. Unta antavan vaikutuksen lisäksi muita koettuja hyötyjä nykyisin olivat rauhoittava (2) ja ahdistusta tai masennusta lieventävä (2) vaikutus, lihasjännityksen / kivun lievitys (2), päiväaikainen jaksaminen (2) ja hyvä olo (1). Kolmen lääkevalmisteen osalta potilas (n = 2) ei tiennyt, mihin käyttötarkoitukseen

hän lääkettä tutkimusajankohtana käytti. Molemmat potilaat käyttivät kahta tai useampaa bentsodiatsepiinivalmistetta samanaikaisesti. Potilaiden kokemia haittavaikutuksia hoidon alussa ja / tai myöhemmin hoidon aikana olivat päiväaikainen väsymys (5), kitkerä maku suussa (tsopikloni) (4), muistin heikkeneminen (3), tehottomuus / tottuminen (3), sekavuus (1), päänsärky (1), huimaus (1), painajaiset (1) ja sydämen rasitus (1).

Potilaat eivät yhdistäneet lääkkeen kaikkia vaikutuksia haittavaikutuksiin. Vaikka potilas ei nimennyt vaikutuksen heikkenemistä tai tottumista lääkkeen haittavaikutukseksi, haastattelun perusteella pystyi useamman potilaan ja lääkkeen kohdalla tämän huomaamaan. Vaikutuksen heikkeneminen viiden lääkkeen (n = 4) kohdalla ilmeni muun muassa siitä, että potilas ei osannut varmasti sanoa, oliko lääkkeestä nykyisin enää apua. Heistä kaksi potilasta käytti useampaa bentsodiatsepiinivalmistetta samanaikaisesti. Tottuminen lääkkeeseen puolestaan seitsemän potilaan kohdalla kävi ilmi, kun potilas sanoi, ettei saa nukutuksi ilman lääkettä. Kolme potilasta koki lääkityksen nykyään tavaksi. Kahdella heistä oli käytössä useampi kuin yksi bentsodiatsepiinivalmiste. Kolmesta potilaasta yksi ei ollut vieroitusoireiden pelossa uskaltanut lopettaa, ja toinen heistä ei kokenut pääsevänsä bentsodiatsepiinivalmisteestaan eroon. Yhden potilaan kohdalla voi myös epäillä mahdollisen väärinkäytön peittelyä vastausten ristiriitaisuuden vuoksi. Hänellä oli käytössä useampi kuin yksi bentsodiatsepiinivalmiste.

8.3 Lääkeinformaatio ja tietämys

8.3.1 Lääkeinformaatio yleisesti lääkkeistä

Potilailta kysyttiin, kuinka paljon he saivat lääkeinformaatiota yleisesti lääkkeistensä eri terveydenhuollon ammattilaisilta ja omaisilta (Taulukko 8). Omaiset eivät yleensä antaneet tietoa lääkkeiden vaikutuksista lainkaan (55 %, n = 21) tai antoivat sitä paljon (29 %, n = 11). Myös haittavaikutusten osalta tulokset olivat samansuuntaiset (68 %, n = 26 vs. 18 %, n = 7). Tietoa vaikutuksista ei usein saatu lainkaan sairaanhoitajalta (58 %, n = 22) tai terveydenhoitajalta (53 %, n = 20). Vielä harvinaisempaa tiedon

saanti oli haittavaikutuksista. Tietoa haittavaikutuksista ei saanut lainkaan sairaanhoitajalta 79 prosenttia ($n = 30$) ja terveydenhoitajalta 58 prosenttia ($n = 22$) potilaista. Lähes kolmannes vastaajista ei ollut edes käyttänyt terveydenhoitajan palveluita.

Lääkäriltä yli kolmannes (34 %, $n = 13$) tutkimukseen osallistujista sai jonkin verran, 29 prosenttia ($n = 11$) vähän, 24 prosenttia ($n = 9$) ei lainkaan ja 13 prosenttia ($n = 5$) paljon tietoa lääkkeiden vaikutuksista (Taulukko 8). Apteekista farmaseuteilta tai proviisoreilta puolestaan 24 prosenttia potilaista ($n = 9$) sai paljon, 18 prosenttia vähän ($n = 7$) ja ei lainkaan ($n = 7$) sekä 13 prosenttia ($n = 5$) jonkin verran tietoa lääkkeiden vaikutuksista. Yli puolet potilaista (61 %, $n = 23$) ei ollut saanut lainkaan tietoa lääkäriltä lääkkeiden haittavaikutuksista. Reilu viidennes (21 %, $n = 8$) oli saanut vähän, 11 prosenttia ($n = 4$) jonkin verran ja kahdeksan prosenttia ($n = 3$) paljon tietoa haittavaikutusten osalta. Puolet potilaista ($n = 19$) ei kokenut saaneensa lainkaan tietoa haittavaikutusten osalta myöskään apteekista farmaseuteilta tai proviisoreilta. Osallistujista noin neljännes ($n = 9$) ilmoitti, ettei käyttänyt apteekin palveluita.

Taulukko 8. Bentsodiatsepiinivalmisteita käyttävien ≥ 65 -vuotiaiden potilaiden (n = 38) lääkeinformaatiota antavat tahot yleisesti lääkkeistensä.

Kuinka paljon yleisesti ottaen potilas on saanut tietoja lääkkeiden vaikutuksista?										
	Ei lainkaan		Vähän		Jonkin verran		Paljon		Ei käyttänyt ko. palveluita	
	frekvenssi	%	frekvenssi	%	frekvenssi	%	frekvenssi	%	frekvenssi	%
Lääkäri	9	24	11	29	13	34	5	13		
Sairaanhoitaja	22	58	8	21	1	3	4	11	3	8
Terveydenhoitaja	20	53	2	5	1	3	4	11	11	29
Apteekki	7	18	7	18	5	13	9	24	10	26
Omaiset	21	55	1	3	4	11	11	29		
Kuinka paljon yleisesti ottaen potilas on saanut tietoja lääkkeiden haittavaikutuksista?										
Lääkäri	23	61	8	21	4	11	3	8		
Sairaanhoitaja	30	79	1	3	2	5	2	5	3	8
Terveydenhoitaja	22	58	1	3	1	3	2	5	12	32
Apteekki	19	50	4	11	2	5	4	11	9	24
Omaiset	26	68	3	8	1	3	7	18		

Tutkimukseen osallistuneilta potilailta tiedusteltiin avoimen kysymyksen muodossa myös tärkeintä tietolähdettä yleisesti lääkkeiden vaikutusten ja haittavaikutusten osalta (Taulukko 9). Potilaat saattoivat nimetä useamman kuin yhden tietolähteen. Lääkkeiden hyödyllisten vaikutusten ja / tai haittavaikutusten osalta potilaat kokivat tärkeimmäksi tietolähteeksi lääkkeen mukana tulevan pakkausselosteen (61 %, n = 23). Terveydenhuollon ammattilaisista potilaat mainitsivat useimmiten lääkärin (29 %, n = 11). Muutama (n = 3) potilaista myös luotti lääkärin valintaan lääkkeiden vaikutusten osalta. Yksi potilas esimerkiksi kertoi, että lääkäri oli määrännyt lääkkeet ja hän oli ottanut lääkettä sen mukaan. Apteekki mainittiin harvoin tärkeimpien tietolähteiden joukossa (11 %, n = 4). Omaiset sen sijaan koettiin tärkeäksi tiedonantajaksi (18 %, n = 7). Vastauksista kuitenkin ilmeni, että lähes aina omaiset olivat myös itse terveydenhuollon ammattilaisia. Tiedotusvälineistä tärkeäksi mainittiin hyötyjen ja haittojen osalta televisio (9), lehdet ja kirjat (8) sekä radio (4). Usein henkilö oli maininnut useamman kuin yhden tiedotusvälineen. Etenkin haittavaikutusten

kohdalla omat ja muiden kokemukset olivat myös tärkeitä: ”Ei ole kukaan neuvonut, ei ole itse ottanut selvää. Lopettanut itse lääkkeitä, jos ei ole kokenut hyötyä tai lääke ei ole sopinut”. Eräs tutkimukseen osallistuneista puolestaan kertoi kuuntelevansa muiden ihmisten kertomuksia lääkkeistä ja vertailevansa kokemuksia.

Taulukko 9. Bentsodiatsepiinivalmisteita käyttävien ≥ 65 -vuotiaiden potilaiden (n = 38) yleisimmin käyttämät tietolähteet lääkkeitänsä.

Tietolähde	Läkkeiden vaikutukset		Läkkeiden haittavaikutukset		Vaikutukset ja/tai haittavaikutukset*	
	frekvenssi	%	frekvenssi	%	frekvenssi	%
Pakkausseloste	22	58	19	50	23	61
Lääkäri	10	26	6	16	11	29
Tiedotusvälineet	9	24	7	18	9	24
Omainen	7	18	5	13	7	18
Apteekki	4	11	3	8	4	11
Sairaanhoidaja / terveydenhoitaja	1	3	1	3	2	5
Omat ja muiden kokemukset	2	5	7	18	7	18
Ei osaa sanoa	1	3	6	16	6	16
Lääkärin valintaan luottaminen	3	8			3	8

*Potilaat, jotka saaneet tietoa läkkeiden vaikutuksista tai haittavaikutuksista tai molemmista.

8.3.2 Lääkeinformaatio bentsodiatsepiiniyhdisteisiin liittyen

Potilaat olivat saaneet useammin tietoa bentsodiatsepiinien ja niiden kaltaisten lääkeaineiden hyödyllisistä kuin haitallisista vaikutuksista terveydenhuollon ammattilaisilta tai omaisilta (Taulukko 10). Runsas neljännes (29 %, n = 11) oli saanut tietoa lääkäriltä bentsodiatsepiiniyhdisteiden hyödyistä ja vain kaksi potilasta (5 %) haitoista. Useimmiten tietoa haitoista oli saatu omaiselta (11 %, n = 4). Apteekin henkilökunnalta saatu tieto oli ollut melko vähäistä, mutta tietoa hyödyistä ja haitoista oli saatu samassa suhteessa (8 %, n = 3 vs. 8 %, n = 3). Huomioiden sekä hyödylliset että haitalliset vaikutukset, useimmiten potilaat olivat saaneet tietoa lääkäriltä (32 %,

n = 12) bentsodiatsepiiniyhdisteiden vaikutuksista. Omaiselta tietoa vaikutuksista oli saanut puolestaan 18 prosenttia potilaista (n = 7) ja apteekista farmaseutilta tai proviisorilta 13 prosenttia (n = 5). Yli puolet potilaista (53 %, n = 20) ei ollut saanut mistään tietoa bentsodiatsepiiniyhdisteiden hyödyllisistä tai haitallisista vaikutuksista. Yhdestä lähteestä oli saanut tietoa reilu neljännes (26 %, n = 10) ja useammasta reilu viidennes (21 %, n = 8). Kahta tai useampaa valmistetta käyttävistä potilaista (n = 8) vain yksi oli saanut tietoa bentsodiatsepiiniyhdisteiden haitallisista vaikutuksista terveydenhuollon ammattilaiselta tai omaiselta.

Taulukko 10. Bentsodiatsepiinivalmisteita käyttävien ≥ 65 -vuotiaiden potilaiden (n = 38) saama lääkeinformaatio terveydenhuollon ammattilaisilta ja omaisilta bentsodiatsepiiniyhdisteistä.

Keneltä potilas on saanut tietoa bentsodiatsepiiniyhdisteiden vaikutuksista?						
	Hyödylliset vaikutukset		Haitalliset vaikutukset		Hyödylliset ja/tai haitalliset vaikutukset*	
	frekvenssi	% (n=38)	frekvenssi	% (n=38)	frekvenssi	% (n=38)
Lääkäri	11	29	2	5	12	32
Omainen	4	11	4	11	7	18
Apteekki	3	8	3	8	5	13
Terveydenhoitaja	2	5	1	3	3	8
Sairaanhoitaja	2	5	0	0	2	5
Joku muu	0	0	1	3	1	3
Kuinka monesta edellä olevasta lähteestä potilas on saanut tietoa bentsodiatsepiiniyhdisteiden vaikutuksista?						
Ei mistään	23	61	29	76	20	53
Yhdestä	11	29	7	18	10	26
Useammasta	4	11	2	5	8	21

*Potilaat, jotka saaneet tietoa lääkkeiden vaikutuksista tai haittavaikutuksista tai molemmista.

Potilaita pyydettiin myös kertomaan, mitä terveydenhuollon ammattilainen tai omainen on kertonut hyödyllisistä vaikutuksista tai haitoista. Yleisemmin potilaalle oli kerrottu annostuksesta (8), lääkkeen vaikutuksesta (6), yksittäisestä haittavaikutuksesta (4) tai unen tärkeydestä (3). Myös pakkausseloste oli kehoitettu lukemaan tai omainen oli lukenut sen (4). Kolmessa kohdassa terveydenhuollon ammattilainen tai omainen oli myös vakuutellut valmisteen käytön olevan haitatonta. Lisäksi potilaille oli mainittu

yhteisvaikutuksesta (1), lääkevaihdoista (1), lääkkeen vahvuudesta (1) ja muiden kokemuksista (1). Vaikka osa potilaista koki saaneensa tietoa terveydenhuollon ammattilaiselta tai omaiselta, he eivät osanneet sanoa (10), mitä lääkkeestä oli kerrottu.

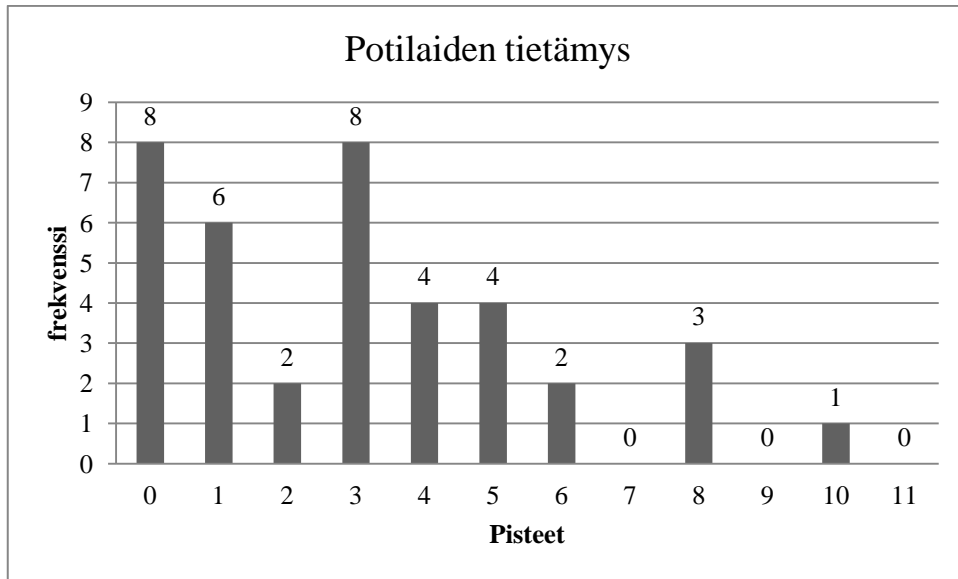
8.3.3 Potilaiden tietämys käyttämistään bentsodiatsepiiniyhdisteistä

Yleisimmin potilaat olivat tietoisia bentsodiatsepiinien tai niiden kaltaisten lääkeaineiden aiheuttamasta riippuvuudesta (61 %, n = 23) (Taulukko 11). Runsas kolmannes (37 %, n = 14) tiesi bentsodiatsepiiniyhdisteiden äkillisen lopetuksen aiheuttavan vieroitusoireita, ja yhtä moni tiesi, että bentsodiatsepiiniyhdisteillä on yhteisvaikutuksia alkoholin kanssa. Vähiten tietoisia oltiin bentsodiatsepiiniyhdisteiden aiheuttamasta lihasheikkoudesta (8 %, n = 3), masennuksesta (16 %, n = 6) ja kaatuilutaipumuksesta (18 %, n = 7).

Taulukko 11. Bentsodiatsepiineja käyttävien \geq 65-vuotiaiden potilaiden (n = 38) tietoisuus bentsodiatsepiiniyhdisteiden haitallisista vaikutuksista.

	frekvenssi	% (n = 38)
Riippuvuus	23	61
Alkoholi	14	37
Vieroitusoireet	14	37
Asteittain lopetus	11	29
Päiväväsymys	11	29
Eivät edistä unen saamista pitkäaikaisessa käytössä	10	26
Muistin heikkeneminen	9	24
Toleranssin kehittyminen	8	21
Kaatuilu	7	18
Masennus	6	16
Lihashheikkous	3	8

Tutkimukseen osallistuvien potilaiden kohdalla pisteet tietämyksen osalta jakautuivat nollan ja kymmenen pisteen välille (keskiarvo 3 ± 3). Potilaista yli viidennes (21 %, n = 8) ei ollut tietoinen yhdestäkään esitetystä haitallisesta vaikutuksesta (Kuva 4). Lähes kaksi kolmasosaa osallistujista (63 %, n = 24) oli saanut kolme pistettä tai vähemmän. Neljä potilasta (11 %) oli tietoinen vähintään kahdeksasta kohdasta.



Kuva 4. Bentsodiatsepiineja käyttävien ≥ 65 -vuotiaiden potilaiden ($n = 38$) tietämys bentsodiatsepiiniyhdisteiden haittavaikutuksista pisteitettynä. Keskiarvo = 3 ± 3 , maksimi 11.

8.4 Lopetusyritykset ja lopetushalukkuus

Yli kolmannes (34 %, $n = 13$) oli aikaisemmin yrittänyt lopettaa bentsodiatsepiinivalmisteiden käytön ja vastaava määrä olisi halunnut lopettaa käytön (Taulukko 12). Suurimmalle osalle (75 %, $n = 9$) lopettaminen oli aiheuttanut vieroitusoireita. Lopettamisen yhteydessä koettuja vieroitusoireita olivat unettomuus (7), ahdistus (2), rauhattomuus (1), pahaolo (1), rytmihäiriöt (1), päiväaikainen väsymys (1) ja kipujen lisääntyminen (1). Syitä bentsodiatsepiinivalmisteiden käytön uudelleen aloittamiseen olivat olleet unettomuus (7) terveydentila / sairaus (2), elämänmuutokset (2), muut vieroitusoireet (1) sekä tottuminen lääkkeeseen (1). Lisäksi osallistujista kuusi oli kokeillut olla ilman lääkettä, tai lääkkeen käytössä oli ollut tauko jostain muusta syystä. Heillä koetut vieroitusoireet olivat liittyneet unettomuuteen (2), ja syy valmisteiden käytön aloittamiseen oli myös ollut unettomuus (5). Kaksi potilasta oli tutkimusajankohtana ollut 2–4 viikkoa ilman lääkitystä.

Taulukko 12. Bentsodiatsepiiniyhdisteiden käytön lopettaminen ≥ 65 -vuotiaiden potilaiden (n = 38) keskuudessa.

Aikaisempi lopetusyritys (n = 38)	Frekvenssi	Prosenttiosuus (%)
• kyllä	13	34
• ei	25	66
Aiheuttiko lopettaminen vieroitusoireita? (n = 12)		
• kyllä	9	75
• ei	3	25
Haluaisi lopettaa bentsodiatsepiiniyhdisteiden käytön (n = 35)		
• kyllä	13	37
• ei	22	63

9 POHDINTA

Suomessa ei ole aikaisemmin selvitetty iäkkäiden tietämystä tai tietolähteitä käyttämistään bentsodiatsepiineista tai niiden kaltaisista lääkeaineista. Keskeisimmät löydökset antavat viitettä, että iäkkäiden tietämys bentsodiatsepiiniyhdisteiden haitallisesta vaikutuksista on melko vähäistä, ja vain pieni osa potilaista kokee saaneensa tietoa lääkityksestä terveydenhuollon ammattilaisilta. Viisi potilasta ei tiennyt tai ei muistanut, miksi bentsodiatsepiinivalmiste (kahdeksan valmistetta) oli alkuaan aloitettu. Kahdeksan potilasta ei tiennyt yhtään esitettyä haittavaikutusta, ja yli 60 prosenttia tiesi vähemmän kuin neljä haittavaikutusta yhdestätoista. Yli puolet potilaista ei ollut saanut tietoa bentsodiatsepiinien tai niiden kaltaisten lääkeaineiden hyödyllisistä tai haitallisista vaikutuksista terveydenhuollon ammattilaisilta tai omaisilta. Potilaat olivat saaneet haitoista harvemmin tietoa kuin hyödyistä.

Bentsodiatsepiinivalmisteiden käyttö

Tutkimukseen osallistuvilla potilailla bentsodiatsepiinien ja niiden kaltaisten lääkeaineiden käyttö oli ollut pitkäaikaista. Jopa kolmannes potilaista oli käyttänyt valmistetta yli viisi vuotta, pisimmillään valmistetta oli käytetty 30 vuoden ajan. Käyttö oli myös ollut hyvin säännöllistä. Seitsemän potilasta oli käyttänyt enintään neljänä

iltana viikossa. Samanaikaisesti saatettiin käyttää kahta tai useampaa valmistetta. Yhdellä potilaalla oli käytössä kolme bentsodiatsepiinivalmistetta samanaikaisesti.

Tsopikloni oli yleisimmin käytetty yhdiste tutkimukseen osallistuvilla potilailla. Se oli yleisemmin käytetty unilääkkeisiin ja rauhoittaviin lääkkeisiin kuuluva lääkeaine vuonna 2004 myös koko väestön kulutusta tarkasteltaessa (Suomen lääketilasto 2004). Kuopiossa tehdyssä tutkimuksessa ilmenee, että bentsodiatsepiinin kaltaisten lääkeaineiden käyttö on ollut melko yleistä (15 %) myös iäkkäillä 1990-luvun loppupuolella (Hartikainen ym. 2003). Tämän opinnäytetyön aineistossa iäkkäille suositeltavimman tematsepaamin käyttö oli puolestaan hyvin vähäistä. Vain kolmella potilaalla oli käytössä tematsepaamivalmiste. Tutkimusaineisto on kerätty vuonna 2004, joten tulos ei kuvaa tämänhetkistä tilannetta. Uudemmissa suomalaisten iäkkäiden bentsodiatsepiinien käyttöä selvittäneissä tutkimuksissa tematsepaami on ollut yleisimmin käytetty bentsodiatsepiini (Raivio ym. 2006; Hosia-Randell ym. 2008; Dimitrow 2009; Konu ym. 2010; Leikola ym. 2011). Näissä tutkimuksissa ei kuitenkaan ole tarkasteltu bentsodiatsepiinin kaltaisten yhdisteiden käyttöä.

Tämän tutkimuksen aineistossa iäkkäiden käyttämien bentsodiatsepiinien ja niiden kaltaisten yhdisteiden jakauma, tematsepaamia lukuun ottamatta, noudatti melko hyvin jakaumaa näiden lääkkeiden kulutuksesta Suomessa väestötasolla (Kuva 2, Suomen lääketilasto 2010). Koko tutkimusaineistoissa ($n = 164$) huomattavasti useampi bentsodiatsepiineja tai niiden kaltaisia lääkeaineita käyttävä potilas ($n = 64$) kuitenkin käytti tematsepaamivalmistetta ($n = 16$), mutta haastatteluun heistä osallistui vain kolme. Muiden lääkkeiden osalta osatutkimuksen aineisto vastasi kohtalaisen hyvin koko tutkimuksen aineistoa.

Myöhemmin markkinoille tulleita bentsodiatsepiinien kaltaisia yhdisteitä saatetaan pitää bentsodiatsepiineja parempana hyötyjen ja haittojen suhteen. Lääkäreiden käsityksiä kuvaavassa tutkimuksessa yleislääkärit uskoivat bentsodiatsepiinien kaltaisten lääkeaineiden olevan tehokkaampia ja turvallisempia unettomuuden hoidossa bentsodiatsepiineihin verrattuna (Siriwardena ym. 2006). Isossa-Britanniassa tehdyt tutkimukset antavatkin viitettä, että lääkärit suosivat bentsodiatsepiinien kaltaisia

lääkeaineita unilääkkeitä määrätessään (Siriwardena ym. 2006; Siriwardena ym. 2010). Lääkärit uskoivat bentsodiatsepiinien kaltaisten lääkeaineiden olevan tehokkaampia bentsodiatsepiineihin verrattuna erityisesti levänneisyyden tunteen, päiväaikaisen jaksamisen ja kokonaisunen keston suhteen (Siriwardena ym. 2006). Lääkärit pitivät bentsodiatsepiinien kaltaisia yhdisteitä bentsodiatsepiineja turvallisempina haittavaikutusten, kuten toleranssin, riippuvuuden, päiväaikaisen väsymyksen ja liikenneonnettomuuksien suhteen. Asenteet ja käsitykset ovat kuitenkin ristiriidassa suositusten ja kirjallisuuden kanssa. Glassin ym. (2005) meta-analyysissä osoitetaan, että satunnaistetuissa kontrolloiduissa tutkimuksissa unilääkkeiden haitat lisääntyivät merkittävästi enemmän kuin hyödyt ≥ 60 -vuotiailla potilailla. Bentsodiatsepiineja käytettäessä uni lisääntyi 34 minuutilla ja heräämiset vähenivät vain hieman (0,6) lumelääkkeeseen verrattuna. Haittavaikutuksista kognitiivisten haittavaikutusten lisääntyminen, psykomotorinen suorituskyvyn heikkeneminen ja päiväaikainen väsymys olivat unilääkettä käyttäneillä iäkkäillä lumelääkettä yleisempiä.

Tarvittaessa käytössä olevaa lääkitystä käytettiin yleisemmin annosohjeen mukaisesti kuin säännöllistä lääkitystä. Yhteensä yhdeksän potilasta käytti vähemmän kuin lääkäri oli määrännyt ja neljä potilasta enemmän. Potilaat myös saattoivat soveltaa annostelua yrittämällä ensin saada unta vain puolikkaalla tabletilla. Tarvittaessa käytössä olevien lääkkeiden käyttöä saatettiin mukauttaa voimien mukaisesti. Kirjallisuuden mukaan iäkkäät usein yrittivät pärjätä ennemminkin pienellä annoksella ja vähentää lääkkeiden määrää päivää kohden (Barat ym. 2001).

Tarvittaessa bentsodiatsepiinivalmisteita käyttävät potilaat kokivat lääkityksen hyödylliseksi, eivätkä kokeneet haittavaikutuksia hoidon alussa tai tutkimusajankohtana. Säännöllisesti käytetyistä valmisteista viidenneksestä ei koettu olevan hyötyä tutkimusajankohtana ja lähes kolmanneksestä koettiin haittoja. Potilaat eivät kuitenkaan välttämättä yhdistäneet kaikkia kokemiaan vaikutuksia bentsodiatsepiinivalmisteiden haittavaikutuksiksi. Laajemmasta aineistosta tehdyssä tutkimuksessa Puustinen ym. (2007) havaitsivat bentsodiatsepiinivalmisteita käyttävien potilaiden kärsivän useammin voimakkaimmista masennusoireista kontrolliryhmään verrattuna. Muita tutkimuksessa bentsodiatsepiiniyhdisteisiin liitettyjä vaikutuksia

olivat huonoksi koettu terveys, heikentynyt liikuntakyky, huimaus, vaikeus nukahtaa herättyään yöllä ja aamuväsymys. Kokemuksistaan huolimatta potilaat eivät olleet näistä asioista tietoisia, ja vain harva mainitsi jotain niistä lääkityksen haittavaikutuksia kysyttäessä.

Potilaiden saama lääkeinformaatio ja tietämys käyttämistään bentsodiatsepiinivalmisteista

Neljän valmisteiden osalta potilas (n = 4) ei tiennyt, miksi bentsodiatsepiinivalmiste oli hänelle alun perin aloitettu. Neljän valmisteiden kohdalla potilas (n = 2) ei puolestaan muistanut syytä. Koettuja hyötyjä ja haittoja selvittävän kysymyksen kohdalla paljastui, että kaksi potilasta ei tiennyt, mihin hän käyttämäänsä / käyttämiänsä valmistetta / valmisteita tutkimusajankohtana käytti. He eivät siten myöskään osanneet yhdistää niihin mahdollisia hyötyjä tai haittavaikutuksia.

Bentsodiatsepiineja tai niiden kaltaisia yhdisteitä käyttäneet potilaat olivat saaneet tietoa yleisesti lääkkeitänsä, erityisesti lääkkeiden haittavaikutusten osalta, vähän tai eivät lainkaan terveydenhuollon ammattilaisilta. Puolet potilaista ei ollut saanut lainkaan tietoa lääkkeiden haittavaikutuksista farmaseuteilta tai proviisoreilta. Vielä yleisempää tämä oli muiden terveydenhuollon ammattilaisten kohdalla. Lähes viidennes puolestaan koki saaneensa farmaseuteilta tai proviisoreilta paljon tietoa lääkkeiden vaikutuksista. Tämä kuvastaa farmaseuttien ja proviisorien sekä myös muiden terveydenhuollon ammattilaisten yleisesti painottavan enemmän lääkkeen muita vaikutuksia kuin haittavaikutuksia (Grime 2007). Tutkimukseen osallistuneista neljännes ilmoitti, etteivät he käytä apteekin palveluja. Osuus vaikuttaa melko suurelta, mutta iäkkäiden kohdalla tämä voi pitää hyvinkin paikkansa kotihoidon tai omaisten hakiessa lääkkeet apteekista.

Tärkeimmäksi tietolähteeksi, josta potilaat olivat saaneet tietoa hyödyllisten ja haitallisten vaikutusten osalta, potilaat nimesivät useimmiten lääkkeen mukana tulevan pakkausselosteen. Grimen ym. (2007) kirjallisen informaation roolia ja arvoa selvittäneessä systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa ilmenee, että potilaat lukevat usein (60–95 %) reseptilääkkeiden mukana tulevan pakkausselosteen ainakin

kertaalleen, yleensä lääkettä ensimmäistä kertaa määrättäessä. Katsauksessa potilaat näkivät pakkausselosteen kuitenkin toissijaisena vaihtoehtona terveydenhuollon ammattilaisen suullisen informaation jälkeen. He eivät halunneet sen olevan korvike lääkärin antamalle suullisella informaatiolla. Myös australialaistutkimuksessa iäkkäät kokivat lääkärin ensisijaiseksi tietolähteeksi lääkkeisiin liittyvissä asioissa (Thompson ja Stewart 2001). Lähes neljännes iäkkäistä näki pakkausselosteen hyödyttömänä, koska lääkäri voisi antaa heille saman tiedon. Tämän opinnäytetyön aineiston perusteella bentsodiatsepiineja ja niiden kaltaisia lääkeaineita käyttäneet potilaat mainitsivat useimmiten lääkärin tärkeimmäksi tietolähteeksi terveydenhuollon ammattilaisista. Kirjallisuudesta poiketen lääkäri mainittiin kuitenkin huomattavasti pakkausselostetta harvemmin. Yleensä ottaen tärkeintä tietolähdettä kysyttäessä jopa kolme potilasta mainitsi, että lääkäri oli määrännyt tai suositellut lääkettä ja he olivat käyttäneet sitä sen mukaisesti. Kirjallisuudestakin ilmenee, että lääkärin valintaan saatettiin luottaa ilman sen suurempaa tietoa lääkkeen vaikutuksista (Anthierens ym. 2007b; Cook ym. 2007a). Anthierensin ym (2007b) tutkimuksessa bentsodiatsepiineja käyttävistä potilaista osa koki, ettei tarvinnut tietoa, eikä edes halunnut tietää lääkityksestään kovinkaan paljoa.

Potilaat mainitsivat melko usein omaiset tärkeimpien tietolähteiden joukossa, niin lääkkeiden vaikutusten kuin haittavaikutustenkin osalta. Vastausten perusteella kuitenkin ilmeni, että suurin osa omaisista oli terveydenhuollon ammattilaisia. Heidän neuvoihinsa kenties luotetaan, ja ne myös muistetaan. Erityisesti haittavaikutusten osalta sekä potilaiden omat että muiden kokemukset koettiin tärkeänä tietolähteenä. Kokemusten kautta haittavaikutukset saatetaan myös muistaa paremmin. Kirjallisuuden perusteella aikaisemmat omakohtaiset kokemukset lääkkeiden haittavaikutuksista ainakin lisäävät kiinnostusta haittavaikutuksia kohtaan (Thompson ja Stewart 2001; Laaksonen ym. 2002). Kuusi potilasta ei pystynyt nimeämään tärkeintä tietolähdettä, mistä oli saanut tietoa yleisesti lääkkeistään. Tämän tutkimuksen perusteella jää avoimeksi, että eivätkö he olleet saaneet tietoa mistään vai eivätkö he vain muistaneet.

Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys (AVTK) -tutkimuksissa on vuodesta 2008 lähtien säännöllisesti kysytty aikuisten (15–64-vuotiaat) lääketiedon lähteitä (Helakorpi ym. 2009–2011). Näinä ja aikaisempinakin vuosina lääkäri ja

apteekki ovat aina olleet pakkausselostetta yleisempiä tietolähteitä. Pakkausselosteisiin liittyy monia haasteita, kuten pieni fonttikoko, ohut paperi ja tiedon ymmärrettävyys, erityisesti iäkkäiden näkökulmasta (Raynor ym. 2007). Englannissa tehdyssä tutkimuksissa pakkausselosteiden havaittiin keskittyvän usein lääkkeen haittavaikutuksiin hyödyllisten vaikutusten sijaan (Carrigan ym. 2008). Myös haittavaikutusten yleisyyden ilmoittaminen vaihteli laajalti. Jopa 40 prosentissa pakkausselosteista ei ollut kerrottu haittavaikutusten esiintymistodennäköisyyttä laisinkaan. Puutteellinen tieto voi hämmentää potilaita.

Tutkimusaineistosta ei noussut esille internetiä tai palvelupuhelimia käytetyimpien tietolähteiden joukossa. Osallistujien keski-ikä oli hyvin korkea (80 vuotta), mutta ainakin nuorempien iäkkäiden osalta (65–75 vuotta) tulokset saattaisivat näiltä osin poiketa nykypäivänä. Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys (AVTK) -tutkimuksista ilmenee, että internet lääketiedon lähteenä on yleistynyt tasaisesti vuosi vuodelta (Helakorpi ym. 2009–2011). Yleisesti internetin käyttö on yleistynyt erityisesti iäkkäiden keskuudessa (Suomen virallinen tilasto 2011). Internetin käyttäjien osuus kasvoi 65–74-vuotiaiden ikäryhmässä vuodessa kymmenellä prosenttiyksiköllä 53 prosenttiin. AVTK-tutkimuksissa tarkasteltaessa 55–65-vuotiaiden naisten tuloksia erikseen, internetin käyttö myös lääketiedon lähteenä on yleistynyt vuosien 2008 ja 2010 välillä (8 % vs. 12 %) (Helakorpi ym. 2009–2011). Miesten vastaavat osuudet olivat (4 % vs. 7 %).

Potilaat olivat saaneet melko harvoin tietoa bentsodiatsepiinien tai niiden kaltaisten lääkeaineiden hyödyllisistä ja haitallisista vaikutuksista. Yli puolet potilaista ei ollut saanut tietoa hyödyllisistä tai haitallisista vaikutuksista mistään mainituista tietolähteistä. Hyödyllisistä vaikutuksista oli useimmiten saatu tietoa lääkäriltä, haitallisista vaikutuksista taas omaisilta. Apteekista farmaseuteilta ja proviisoreilta saatu tieto bentsodiatsepiiniyhdisteiden vaikutuksista oli hyvin vähäistä. Kolme potilasta oli saanut tietoa apteekin henkilökunnalta bentsodiatsepiinien hyödyllisistä vaikutuksista ja vastaava määrä haitallisista vaikutuksista. Suurin osa potilaista kuitenkin käytti apteekin palveluja. Yli kolme neljäsosaa potilaista ei ollut saanut terveydenhuollon ammattilaisilta eikä omaisilta tietoa lääkkeen haittavaikutuksista. Myös kirjallisuudessa

nousi esiin samankaltaisia tuloksia. Isossa-Britanniassa tehdyssä haastattelututkimuksessakin ilmeni, että suurimmalle osalle iäkkäistä kukaan ei ollut viitannut bentsodiatsepiinien haitallisuuteen (Iliffe ym. 2004). Iliffen ym. (2004) tutkimuksessa kuitenkin 17 prosenttia oli saanut tietoa haitoista lääkäriltä. Lisäksi opinnäytetyön tuloksista ilmenee, että terveydenhuollon ammattilaisilta tai omaisilta saadun tiedon sisältö oli ollut melko yleistä. Toisaalta potilaat eivät todennäköisesti muista, mitä tietoa ovat mistäkin lähteestä saaneet esimerkiksi hoidon alkuaikoina. Suurin osa potilaista oli kuitenkin käyttänyt valmistetta hyvin pitkään.

Potilaiden tietämys bentsodiatsepiinien ja niiden kaltaisten lääkeaineiden haitallisista vaikutuksista oli melko vähäistä, ja edellä kuvattu tietolähteiden vähäinen määrä kuvastaakin hyvin tätä tulosta. Kahdeksan potilasta ei ollut tietoinen yhdestäkään esitetystä haittavaikutuksesta, ja yli 60 prosenttia oli tietoinen alle neljästä kohdasta. Kysymysten johdattelevuuden perusteella olisi ajatellut tietoisuuden olevan suurempaa. Bentsodiatsepiiniyhdisteiden väsyttävän ja rauhoittavan vaikutuksen takia luulisi lääkettä käyttävien potilaiden tietävän ainakin osan yleisimmistä haittavaikutuksista, kuten päiväaikainen väsymys, riippuvuus, yhteiskäyttö alkoholin kanssa ja lopettamisen yhteydessä ilmenevät mahdolliset vieroitusoireet. Potilaat tiesivät yleisimmin (61 %), että bentsodiatsepiiniyhdisteisiin muodostuu riippuvuus ja niistä on vaikea päästä eroon. Myös aiemmissa tutkimuksissa on selvitetty potilaan tietoisuutta bentsodiatsepiinien riskistä aiheuttaa riippuvuutta, ja tutkimusten tulokset olivat samankaltaiset (Barnas ym. 1991; Magnusdottir ja Ribacke 1996). Harvimmin potilaat tiesivät bentsodiatsepiinien aiheuttamasta lihasheikkoudesta, masennuksesta, kaatuilutaipumuksen lisääntymisestä, toleranssin kehittymisestä ja muistin heikkenemisestä. Etenkin lihasheikkous ja kaatuilutaipumuksen lisääntyminen ovat iäkkäillä merkittäviä haittavaikutuksia, joiden vaikutuksesta onnettomuusriski murtumille kasvaa (Vermeeren 2004, Nurminen ym. 2010). Kognitiivisten haittavaikutusten riski kasvaa käytettäessä useampaa psyykenlääkettä samanaikaisesti (Puustinen ym. 2011, Puustinen ym. 2012). Bentsodiatsepiinien aiheuttamia kognitiivisia haittavaikutuksia, kuten muistin heikkenemistä, ei välttämättä osata yhdistää lääkkeestä johtuvaksi.

Bentsodiatsepiiniyhdisteiden käytön lopettaminen

Aineistosta ilmenee, että lähes 40 prosenttia bentsodiatsepiineja tai niiden kaltaisia lääkkeitä käyttävistä potilaista haluaisi lopettaa bentsodiatsepiinien käytön. Terveystieteiden ammattilaisten olisikin hyvä ottaa lopettaminen useammin esiin keskusteluissa. Jo pienellä interventiolla voi olla vaikutusta lopettamisessa onnistumiseen (Ten Wolde ym. 2008; Salonoja ym. 2010). Hoitokotien asukkaiden bentsodiatsepiinien käytön vähentämiseksi myös lääkkeen määräämiskäytäntöihin sekä hoitajien annostelukäytäntöihin puuttamalla voidaan vähentää unilääkkeiden käyttöä (Eide ja Schjott 2001). Norjalaisessa hoitokodissa tehdyssä tutkimuksessa farmasistien antamalla sekä suullisella että kirjallisella informaatiolla lääkkeiden rationaalisesta käytöstä hoitolaitoksen henkilökunnalle oli vaikutusta bentsodiatsepiinien käyttöön. Kontrolliryhmässä potilaat käyttivät enemmän unilääkkeitä, ja useampi käytti kahta tai useampaa unilääkettä samanaikaisesti interventioryhmään verrattuna. Kontrolliryhmässä unilääkkeet myös annosteltiin iltaisin interventioryhmää aikaisemmin. Hoitajien asenteisiin ja tietämykseen vaikuttamalla voitaisiin mahdollisesti edistää bentsodiatsepiinien oikeanlaista käyttöä hoitokodeissa. Isossa-Britanniassa tehdyssä laadullisessa ryhmähaastattelututkimuksessa ilmenee, että sairaanhoitajat (n = 33) näkivät bentsodiatsepiinit helppona vaihtoehtona unettomuuden hoidossa hoitokodin potilailla ilman suurempia haittavaikutuksia ja bentsodiatsepiinien annostelua koettiin rutiininomaisena toimena (Anthierens ym. 2009). Kerran aloitettu lääkitys johti yleensä krooniseen käyttöön. Myös tämän opinnäytetyön aineistossa yhden potilaan kohdalla ilmeni, että hoitaja oli tuonut hänelle lääkkeet hoitokodissa, ja potilas ei edes ollut tietoinen kaikista käyttämistään bentsodiatsepiinivalmisteista.

Lääkäreiden suhtautuminen lääkkeiden vähentämiseen ja lopettamiseen iäkkäillä vaihtelee eri tutkimuksissa (Cook ym. 2007b; Lasserre ym. 2010; Siriwardena ym. 2010). Esteeksi lopettamiselle lääkärit näkivät potilaiden kielteisen suhtautumisen lääkkeiden vähentämiseen tai lopettamiseen, psykoterapiaan pääsyn hankaluuden ja muiden hoitovaihtoehtojen niukkuuden (Iliffe ym. 2004; Anthierens ym. 2007a; Cook ym. 2007b; Lasserre ym. 2010). Usein myös vastaanotolla käydessään potilaille oli tärkeämpiäkin ongelmia, joihin lääkäri halusi mieluummin käytettävissä olevan ajan

puutteissa puuttua (Cook ym. 2007b). Lääkärien ajan puutteen koettiin sekä edistävän bentsodiatsepiinien käyttöä että estävän niiden lopetusyrityksiä.

Aikaisemman lopettamista yrittäneiden keskuudessa vieroitusoireet olivat yleisiä. Kahdestatoista potilaasta yhdeksän kertoi kärsineensä vieroitusoireista. Terveydenhuollon ammattilaisten on tarpeen kertoa potilaille asteittain tapahtuvasta lopetuksesta, jotta potilas voi välttyä vieroitusoireilta ja lopettaminen onnistuu todennäköisemmin. Käyttö aloitettiin yleisemmin uudestaan juuri koetun unettomuuden takia.

Lääkehoidossa kehitettäviä asioita iäkkäillä bentsodiatsepiiniyhdisteisiin liittyen

Onnistuneen lääkehoidon takaamiseksi proviisorien, farmaseuttien ja muiden terveydenhuollon ammattilaisten on taattava potilaille riittävä neuvonta lääkehoitoonsa liittyen. Apteekeilla on lakisääteinen velvoite lääkeneuvonnan antamiseen lääkkeen toimittamisen yhteydessä (Lääkelaki 395/1987, 57 §). Tulosten perusteella terveydenhuollon ammattilaiset kuitenkin harvoin kertoivat potilaalle bentsodiatsepiiniyhdisteiden hyödyllisistä tai haitallisista vaikutuksista. Lääkkeen käytöstä olisi syytä keskustella muulloinkin kuin vain hoidon aluksi. Lääkärien uusiessa potilaan bentsodiatsepiinireseptiä on hänellä mahdollisuus keskustella potilaan kanssa lääkkeen oikeanmukaisesta käytöstä sekä potilaan kokemista bentsodiatsepiiniyhdisteiden hyödyistä ja haitoista. Liian usein resepti kuitenkin uusitaan lääkärin näkemättä potilasta (Saastamoinen ym. 2008). Tutkimus antaa viitettä, että potilaat eivät välttämättä itse osaa yhdistää vaikutuksia lääkityksestä johtuvaksi. Myös apteekissa lääkettä toimittaessa on aika ajoin syytä kysellä lääkkeen käytöstä, sekä keskustella potilaan kanssa lääkehoidossa esiin tulleista ongelmista. Terveydenhuollon ammattilaiselle itsestään selvät asiat eivät ole sitä potilaalle. Kirjallisuuden mukaan potilaat kokivat reseptien uusimisen helpoksi, eikä lääkkeen käytöstä juuri keskusteltu lääkärin kanssa (Parr ym. 2006; Cook ym. 2007a). Potilaiden mielestä lääkärit myös määräsivät bentsodiatsepiineja liian helposti, eivätkä huomioineet lääkkeettömiä hoitovaihtoehtoja (Parr ym. 2006). Yhdysvalloissa tehdyn haastattelututkimuksen mukaan lääkärit (n = 32) puolestaan kokivat tarpeelliseksi määrätä potilaalle jotain avuksi, ja bentsodiatsepiinien koettiin antavan nopean avun

potilaiden pahaan oloon (Cook ym. 2007b). Lääkärit olivat yleisesti suvaitsevampia iäkkäiden bentsodiatsepiinien pitkäaikaiskäyttöä kohtaan kuin nuorempien.

Potilaiden tietämystä sekä bentsodiatsepiiniyhdisteiden vaikutuksista että haittavaikutuksista tulee lisätä tehokkaan ja turvallisen lääkehoidon takaamiseksi. Myös lääkkeen oikean mukaista käyttöä on painotettava. Potilaille on tehtävä hoidon aluksi selväksi, että lääkäri määrää valmisteeseen vain lyhytaikaiseen, tarvittaessa otettavaan käyttöön. Oikea käyttö on syytä perustella potilaalle, jolloin myös haittavaikutukset nousevat keskustelussa esille. Hoidosta tulisi sopia (konkordanssi) yhdessä potilaan kanssa, ja tavoitteena on saavuttaa yhteisymmärrys potilaan toiveet, uskomukset ja aikaisempi tietämys huomioiden (Sosiaali- ja terveysministeriö 2011). Potilaan on tiedettävä lääkkeen hyödyt ja haitat, jotta hän voi tehdä tietoisin päätöksen hoitonsa suhteen (Fagerlin ym. 2010). Päätöksenteko ja vastuunottaminen hoidosta ovat kuitenkin haasteellisia iäkkäillä, joiden kognitiiviset kyvyt ovat heikentyneet. Terveystieteiden ammattilaiset tarvitsevatkin ohjeistuksia, miten tukea näitä potilaita lääkehoidossa ja siihen liittyvässä päätöksenteossa.

Potilaan voimaantuminen hoitoonsa

Terveystieteidenhuollossa potilaan tulee ottaa vastuu omasta terveydestään, mutta ammattilaisten tulee mahdollistaa siihen sopivat olosuhteet (Gibson 1991). Myös lääkepolitiikka 2020 -asiakirjassa painotetaan lääkkeen käyttäjän vastuun ottamisen tukemista sairautensa hoidossa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2011). Potilas tekee itse omaan hoitoonsa liittyvät päätökset, mutta ammattilaisen tulee tarjota tietoa ja apua päätöksenteon tukemiseksi. Sekä potilaan että terveydenhuollon ammattilaisen täytyy olla aktiivisena osapuolena heidän keskinäisessä vuorovaikutuksessa. Laadukas ja ymmärrettävä tieto auttaa potilasta osallistumaan omaan hoitoonsa ja tekemään perusteltuja päätöksiä (Tuorila 2009). Lopullinen päätös on aina potilaalla itsellään ja hänen itsemääräämisoikeutta pitää kunnioittaa (Gibson 1991). Tärkeäksi potilaan voimaantumisen nouseekin potilaan neuvonta, ja sitä kautta hänen tietämyksensä lisääntyminen. Lääkkeiden lisäksi tietoa sairaudesta ja muista hoitovaihtoehdoista olisi

oltava potilaan saatavilla. Hoitovaihtoehtoista on tärkeää neuvotella potilaan kanssa, eikä vain määrätä nopeinta ja helpointa ratkaisua ongelmaan (Cook ym. 2007b).

Terveydenhuollon ammattilaisten antama lääkeneuvonta tulee myös räätälöidä kunkin potilaan tarpeisiin sopivaksi. Lääkeneuvonnassa tulee aina huomioida potilaan henkilökohtaiset tarpeet ja tilanne (Sosiaali- ja terveysministeriö 2011). Tieto haittavaikutuksista voi osalle potilaista aiheuttaa huolestuneisuutta ja synnyttää epäluottamusta lääkettä kohtaan (Anthierens ym. 2007b; Grime ym. 2007). Kaikille on kuitenkin annettava olennainen tieto lääkkeestä oikean ja turvallisen lääkehoidon onnistumiseksi, ja mahdollisuus saada halutessaan enemmänkin tietoa. Potilaiden saamassa tiedossa erityisen tärkeää on tiedon ymmärrettävyys (Thompson ja Stewart 2001; Raynor ym. 2007). Epäselvä tieto sen sijaan ehkäisee potilaan voimaantumista (Tuorila 2009). Myös hoito-ohjeiden noudattaminen on todennäköisempää, jos potilas on voimaantunut hoitoonsa.

Menetelmän arviointi

Kyselytutkimus on yleisesti käytetty tutkimustyyppi sosiaalifarmasiassa, ja sillä on mahdollista kerätä tietoja suureltakin ihmisjoukolta (Turunen 2008). Tässä tutkimuksessa aineisto kerättiin haastattelemalla käyttäen strukturoitua haastattelulomaketta. Yksilöhaastattelun etuna kyselytutkimukseen verrattuna on, että haastatteliija voi epäselvissä kohdissa tarkentaa kysymystä, mikäli vastaaja ei ymmärrä sitä (Hämeen-Anttila ja Katajavuori 2008). Haastattelulla on myös mahdollisuus varmistua siitä, että potilas ymmärtää kysymyksen oikein ja vastaa siihen mitä kysymyksellä haetaan. Erityisesti iäkkäiden potilaiden kohdalla haastattelu sopii kyselyä paremmin, sillä pitkään kyselylomakkeeseen vastaaminen olisi hyvin aikaa vievää ja uuvuttavaa. Terveystilasta ja kunnosta riippuen useampi voisi jättää itse täytettävään kyselyyn vastaamatta.

Tutkimuksessa käytettiin mukavuusotantaa. Tutkimukseen otettiin mukaan kaikki Porin kaupungin sairaalan kahdelle osastolle saapuneet halukkaat ≥ 65 -vuotiaat potilaat, joilla oli käytössä bentsodiatsepiini tai sen kaltainen lääkeaine. Tutkimuksen arkaluontoisen

aiheen huomioiden, osa potilaista ei ehkä halunnut osallistua tutkimukseen. Myös iäkkäiden sairaalahoidossa olevien potilaiden terveydentila ja jaksaminen vaikutti osallistumiseen. Erittäin huonokuntoiset akuuttiosaston potilaat eivät kuntonsa vuoksi voineet osallistua. Myös akuutisti sekavat ja dementoituneet potilaat pyrittiin rajamaan tutkimuksen ulkopuolelle MMSE-testillä haastattelujen luotettavuuden parantamiseksi. Määrälliseksi tutkimukseksi tutkimusaineisto jäi melko pieneksi ($n = 38$), ja tutkimusta voidaankin pitää pilottitutkimuksena. Pienen osallistujamäärän takia tilastollista testausta ei ole järkevää tehdä. Jos aineisto pilkotaan vielä pienempiin alaluokkiin, jää osallistujien määrä luokissa erittäin pieneksi. Tutkimuksen rajoitteena pienen osallistujamäärän lisäksi oli se, että aineisto oli jo lähes kymmenen vuotta sitten kerätty ja tulokset nykyään saattaisivat ainakin osittain poiketa. Tutkimuksen tulokset eivät ole yleistettävissä tutkimukseen osallistuneita yksilöitä laajempaan joukkoon, sillä perusjoukko muodostuu vain Porin kaupunginsairaalan potilaista.

Käytetyt mittarit

Tutkimus oli osa laajempaa tutkimusta. Potilaiden bentsodiatsepiinien käytön ja tietämyksen lisäksi kysely koostui potilaan kokemasta terveydestä, liikuntakyvystä, muistista, masennusoireista, virkeydestä sekä nukkumiseen ja kaatuilutaipumukseen liittyvistä kysymyksistä. Kokonaisuudessaan kysely oli hyvin laaja, ja kyselyn tarkoituksena ei ollut keskittyä ainoastaan tähän tutkimusongelmaan.

Kyselytutkimuksen luotettavuutta arvioitaessa tulee huomioida, että jokainen vastaaja ymmärtää kysymykset omalla tavallaan ja omista lähtökohdistaan (Turunen 2008). Tämän tutkimuksen toteutus haastatteluna paransi kuitenkin tutkimuksen luotettavuutta, sillä potilas voi epäselvissä kohdissa kysyä tarkennusta haastattelijalta. Tästä huolimatta osassa kysymyksissä ilmeni ristiriitaisia vastauksia. Osalla potilaista strukturoidun ja avoimen kysymyksen vastaukset erosivat toisistaan. Vastaus saattoi olla avoimessa kysymyksessä, vaikka potilas oli vastannut kieltävästi strukturoituun kysymykseen esimerkiksi koettuja hyötyjä ja haittoja kysyttäessä. Sama ilmeni myös kysyttäessä terveydenhuollon ammattilaisten tai omaisten antamaa tietoa lääkkeestä. Vastausten

perusteella ilmeni, että potilaat kokivat saamansa neuvonnan erilailla. Osa koki esimerkiksi neuvonnaksi lääkkeen vaikutuksesta mainitseminen, osa taas ei.

Kysyttäessä koettuja hyötyjä ja haittoja tai lääkeneuvonnassa kerrottuja asioita avoimella kysymyksellä saadaan spontaaneja vastauksia, mutta toisaalta mainintojen yleisyys jää luultavasti todellisuutta alhaisemmaksi (Turunen 2008). Tutkimuksessa ilmeni, että potilaat eivät osanneet yhdistää kaikkia kokemiaan oireita bentsodiatsepiineista tai niiden kaltaisista lääkeaineista johtuviksi. Potilaat eivät välttämättä muista tai tule ajatelleeksi kokemiaan oireita tai heille annettua lääkeinformaatiota. Hoidon alussa koettuja oireita tai annettua lääkeinformaatiota voi olla erityisen hankala muistaa, jos kyseinen lääkitys on aloitettu kolmekymmentä vuotta sitten. Vaihtoehtoisesti koetut hyödyt ja haitat olisi voinut kysyä täsmällisemmin, eikä vain avoimen kysymyksen muodossa. Mahin ym. (2002) kyselylomakkeessa potilaiden käsityksiä bentsodiatsepiinien käytön hyödyistä ja riskeistä selvitettiin 5-portaisella likert-asteikolla.

Bentsodiatsepiinien haittavaikutuksia selvitettiin koettujen haittojen lisäksi myös tietämyksen näkökulmasta suljettuna kysymyksenä. Näissä kysymyksissä kysymysten asettelu oli kuitenkin hieman johdatteleva. Kysymyksen asettelu kyllä / ei-muotoon ei välttämättä kuvaa käyttäjien todellista tietämystä. Toisaalta avoimessa kysymyksessä vastausten määrä olisi jäänyt todennäköisesti hyvin vähäiseksi. Tähän viittaa myös saatujen vastausten lukumäärä kysyttäessä avoimen kysymyksen muodossa koettuja hyötyjä ja haittoja. Avoimen kysymyksen muodossa tilastointia olisi ollut todennäköisesti haasteellista vastausten vaihtelevuuden ja vähäisen määrän takia. Tulosten perusteella vaikuttaa siltä, että potilaat vastasivat rehellisesti kysymyksiin tietoisuudesta. Yli 60 prosenttia potilaista sai kolme pistettä tai vähemmän yhdestätoista.

Kyselylomakkeen kehitys ja jatkotutkimusaiheet

Tutkimuksia, joiden tavoitteena on ollut selvittää bentsodiatsepiineja käyttävien potilaiden tietämystä ja tietotarpeita on hyvin vähän (Mansbridge ja Fisher 1984;

Magnusdottir ja Ribacke 1996). Yksittäisiä näkökulmia aiheesta saadaan kuitenkin useammasta aiemmasta tutkimuksesta, joista osa käsittelee aihetta myös iäkkäiden näkökulmasta. Suomessa ei ole aikaisemmin selvitetty iäkkäiden tietämystä ja tietotarpeita käyttämistään bentsodiatsepiineista tai niiden kaltaisista lääkeaineista. Tämä tutkimus antaa mielenkiintoisia näkökohtia ja tuloksista nousee paljon tutkimisen arvoisia jatkokysymyksiä.

Määrällisten tietojen sijasta jossakin kohdissa olisi ollut mielenkiintoista selvittää syitä ja seurauksia ilmiöihin. Avoimissa kysymyksissä vastaajien määrä jäi monessa kohtaa melko vähäiseksi. Mielenkiintoista olisi tietää, miksi potilaat eivät osanneet mainita käyttämiään tietolähteitä, koettuja hyötyjä ja haittoja tai terveydenhuollon ammattilaisilta tai omaisilta saamaansa tietoa lääkkeen hyödyistä tai haitoista. Muista tutkimuksista poiketen harva koki saaneensa neuvontaa terveydenhuollon ammattilaisilta. Syitä tähän voi olla useita: potilaat eivät halunneet tietoa, potilaat eivät muista tai terveydenhuollon ammattilaiset eivät heille sitä anna. Syiden ja seurausten selvittäminen onnistuu parhaiten laadullisin menetelmin, esimerkiksi teemahaastattelulla. Laadullisilla menetelmillä saa paremmin tietoa siitä, mitä yksilöt ajattelevat sekä miten ja miksi he toimivat jollakin tavalla (Hämeen-Anttila ja Katajavuori 2008). Tässä tutkimuksessa saatua tietoa voitaisiin syventää laadullisin menetelmin.

Potilaiden tietämyksen osalta tutkimuksessa keskityttiin ainoastaan bentsodiatsepiinien ja niiden kaltaisten lääkeaineiden haittavaikutuksiin. Potilaiden tietämys valmisteen hyödyistä jäi kokonaan kysymättä. Mielenkiintoista olisi tietää, mitä he yhdistäisivät ja pitäisivät valmisteen hyötynä. Lääkkeen oikean ja turvallisen käytön kannalta haittavaikutusten lisäksi olisi tärkeää tietää ainakin lääkkeen käyttötarkoitus, lääkkeen vaikutus ja vaikutuksen kesto sekä milloin ja miten lääkettä käytetään.

Potilaiden tietolähteitä yleisesti lääkkeistensä kysyttäessä avoimen kysymyksen muodossa mitään aikarajausta ei ollut tehty. Tiedontarve vaihtelee kuitenkin hoidon eri vaiheessa. Hoidon alkuvaiheessa kaipaa enemmän tietoa kuin useiden vuosien käytön jälkeen. Myöskään tiedon määrästä / -laadusta ei voi kysymyksen perusteella sanoa

mitään. Avoimessa kysymyksessä nousi esille tärkeimpien joukossa kirjalliset tietolähteet, kuten pakkausselosteet. Strukturoidussa kysymyksessä bentsodiatsepiinien osalta muita tietolähteitä kuin terveydenhuollon ammattilaiset ja omaiset ei ollut sisällytetty mukaan. Kiinnostavaa olisi ollut myös tietää mistä / keneltä potilaat olisivat halunneet saada tietoa, missä muodossa (suullisesti / kirjallisesti) ja miltä aihe-alueilta.

10 JOHTOPÄÄTÖKSET

Iäkkäiden tietämys bentsodiatsepiiniyhdisteiden haittavaikutuksista on melko vähäistä, ja vain pieni osa potilaista kertoo saaneensa tietoa lääkityksestä terveydenhuollon ammattilaisilta. Iäkkäiden lääkeneuvontaa ja lääkeinformaatiota yleisesti käyttämistään lääkkeistä sekä erityisesti bentsodiatsepiiniyhdisteistä tulee kehittää. Terveydenhuollon ammattilaisten tulisi keskustella potilaan kanssa lääkkeen hyödyllisistä ja haitallisista vaikutuksista sekä lääkehoidossa ilmenneistä ongelmista. Myös bentsodiatsepiinien lääkkeenmääräämiskäytäntöihin sekä hoitohenkilökunnan tietoisuuteen bentsodiatsepiinien vaikutuksista tulisi kiinnittää huomiota.

11 KIRJALLISUUSLUETTELO

Agyapong VI, Nwankwo V, Bangaru R, Kirrane R: Sources of patients' knowledge of the adverse effects of psychotropic medication and the perceived influence of adverse effects on compliance among service users attending community mental health services. *J Clin Psychopharmacol* 29: 565-570, 2009

American Geriatrics Society 2012 Beers Criteria Update Expert Panel: American Geriatrics Society updated Beers Criteria for potentially inappropriate medication use in older adults. *J Am Geriatr Soc* 60: 616-631, 2012

Anthierens S, Habraken H, Petrovic M, Christiaens T: The lesser evil? Initiating a benzodiazepine prescription in general practice: a qualitative study on GPs' perspectives. *Scand J Prim Health Care* 25: 214-219, 2007a

Anthierens S, Habraken H, Petrovic M, Deveugele M, De Maeseneer J, Christiaens T: First benzodiazepine prescriptions: qualitative study of patients' perspectives. *Can Fam Physician* 53: 1200-1201, 2007b

Anthierens S, Grypdonck M, De Pauw L, Christiaens T: Perceptions of nurses in nursing homes on the usage of benzodiazepines. *J Clin Nurs* 18: 3098-3106, 2009

Barat I, Andreasen F, Damsgaard EM: Drug therapy in the elderly: what doctors believe and patients actually do. *Br J Clin Pharmacol* 51: 615-622, 2001

Barker MJ, Greenwood KM, Jackson M, Crowe SF: Cognitive effects of long-term benzodiazepine use: a meta-analysis. *CNS Drugs* 18: 37-48, 2004a

Barker MJ, Greenwood KM, Jackson M, Crowe SF: Persistence of cognitive effects after withdrawal from long-term benzodiazepine use: a meta-analysis. *Arch Clin Neuropsychol* 19: 437-454, 2004b

Barnas C, Fleischhacker WW, Whitworth AB, Schett P, Stuppach C, Hinterhuber H: Characteristics of benzodiazepine long-term users: investigation of benzodiazepine consumers among pharmacy customers. *Psychophar* 103: 233-239, 1991

Barter G, Cormack M: The long-term use of benzodiazepines: patients' views, accounts and experiences. *Fam Pract* 13: 491-497, 1996

Beers MH, Ouslander JG, Rollinger I, Reuben DB, Brooks J, Beck JC: Explicit criteria for determining inappropriate medication use in nursing home residents. UCLA Division of Geriatric Medicine. *Arch Intern Med* 151: 1825-1832, 1991

Carrigan N, Raynor DK, Knapp P: Adequacy of patient information on adverse effects: an assessment of patient information leaflets in the UK. *Drug Saf* 31: 305-312, 2008

Cook JM, Biyanova T, Masci C, Coyne JC: Older patient perspectives on long-term anxiolytic benzodiazepine use and discontinuation: a qualitative study. *J Gen Intern Med* 22: 1094-1100, 2007a

Cook JM, Marshall R, Masci C, Coyne JC: Physicians' perspectives on prescribing benzodiazepines for older adults: a qualitative study. *J Gen Intern Med* 22: 303-307, 2007b

Cusack BJ: Pharmacokinetics in older persons. *Am J Geriatr Pharmacother* 2: 274-302, 2004

Deveugele M, Derese A, De Bacquer D, van den Brink-Muinen A, Bensing J, De Maeseneer J: Is the communicative behavior of GPs during the consultation related to the diagnosis? A cross-sectional study in six European countries. *Patient Educ Couns* 54: 283-289, 2004

Dimitrow M: Vanhuksille potentiaalisesti sopimattomien lääkkeiden käyttö yli 65-vuotiailla: Kelan ja Yliopiston apteekin reseptitietokantoihin perustuva tutkimus. Pro gradu -tutkielma. Helsingin yliopisto 2009

Dundar Y, Dodd S, Strobl J, Boland A, Dickson R, Walley T: Comparative efficacy of newer hypnotic drugs for the short-term management of insomnia: a systematic review and meta-analysis. *Hum Psychopharmacol* 19: 305-322, 2004

Duodecim Lääketietokanta 2011, Haettu internetistä 3.12.2011: www.terveysportti.fi/terveysportti/dlr_laake.koti

Eide E, Schjott J: Assessing the effects of an intervention by a pharmacist on prescribing and administration of hypnotics in nursing homes. *Pharm World Sci* 23: 227-231, 2001

Fagerlin A, Sepucha KR, Couper MP, Levin CA, Singer E, Zikmund-Fisher BJ: Patients' knowledge about 9 common health conditions: the DECISIONS survey. *Med Decis Making* 30: 35S-52S, 2010

Fick DM, Cooper JW, Wade WE, Waller JL, Maclean JR, Beers MH: Updating the Beers criteria for potentially inappropriate medication use in older adults: results of a US consensus panel of experts. *Arch Intern Med* 163: 2716-2724, 2003

Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR: "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res* 12: 189-198, 1975

Gallagher P, Ryan C, Byrne S, Kennedy J, O'Mahony D: STOPP (Screening Tool of Older Person's Prescriptions) and START (Screening Tool to Alert doctors to Right Treatment). Consensus validation. *Int J Clin Pharmacol Ther* 46: 72-83, 2008

Gibson CH: A concept analysis of empowerment. *J Adv Nurs* 16: 354-361, 1991

Glass J, Lanctot KL, Herrmann N, Sproule BA, Busto UE: Sedative hypnotics in older people with insomnia: meta-analysis of risks and benefits. *BMJ* 331: 1169, 2005

Greenblatt DJ, Harmatz JS, Shader RI: Clinical pharmacokinetics of anxiolytics and hypnotics in the elderly. Therapeutic considerations (Part II). *Clin Pharmacokinet* 21: 262-273, 1991

Grime J, Blenkinsopp A, Raynor DK, Pollock K, Knapp P: The role and value of written information for patients about individual medicines: a systematic review. *Health Expect* 10: 286-298, 2007

Hartikainen S, Rahkonen T, Kautiainen H, Sulkava R: Kuopio 75+ study: does advanced age predict more common use of psychotropics among the elderly?. *Int Clin Psychopharmacol* 18: 163-167, 2003

Helakorpi S, Paavola M, Prättälä R, Uutela A: Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys, kevät 2008. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Raportti 2/2009, Helsinki 2009.

Helakorpi S, Laitalainen E, Uutela A: Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys, kevät 2009. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Raportti 7/2010, Helsinki 2010.

Helakorpi S, Pajunen T, Jallinoja P, Virtanen S, Uutela A: Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys, kevät 2010. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Raportti 15/2011, Helsinki 2011.

Hosia-Randell H, Pitkälä K: Use of psychotropic drugs in elderly nursing home residents with and without dementia in Helsinki, Finland. *Drugs Aging* 22: 793-800, 2005

Hosia-Randell HM, Muurinen SM, Pitkälä KH: Exposure to potentially inappropriate drugs and drug-drug interactions in elderly nursing home residents in Helsinki, Finland: a cross-sectional study. *Drugs Aging* 25: 683-692, 2008

Hämeen-Anttila K, Katjavuori N: Haastattelututkimus. Kirjassa: Yhteiskunnallinen lääketutkimus –ideasta näyttöön. Toim. Hämeen-Anttila K ja Katjavuori N, Palmenia Helsinki University Press, 2008

Iliffe S, Curran HV, Collins R, Yuen Kee SC, Fletcher S, Woods B: Attitudes to long-term use of benzodiazepine hypnotics by older people in general practice: findings from interviews with service users and providers. *Aging Ment Health* 8: 242-248, 2004

Kansaneläkelaitos, lääkehaku, Haettu internetistä 3.1.2012:
<http://asiointi.kela.fi/laakehaku/LaakehakuApplication?kieli>

King MB, Gabe J, Williams P, Rodrigo EK: Long term use of benzodiazepines: the views of patients. *Br J Gen Pract* 40: 194-196, 1990

Kivelä SL, Rähä I: Kapseli 35, iäkkäiden Lääkehoito. Lääkelaitos ja Kansaneläkelaitos. Edita Prima Oy, Turku 2007

Konu A, Koskinen A, Airaksinen M, Leikola S: Bentsodiatsepiinien käyttö 65-vuotiailla ja vanhemmilla suomalaisilla: Kelan lääkekorvaustiedostoon perustuva tutkimus. *Dosis: farmaseuttinen aikakauskirja* 26: 201-208, 2010

Laaksonen R, Duggan C, Bates I: Desire for information about drugs: relationships with patients' characteristics and adverse effects. *Pharm World Sci* 24: 205-210, 2002

Laroche ML, Charmes JP, Merle L: Potentially inappropriate medications in the elderly: a French consensus panel list. *Eur J Clin Pharmacol* 63: 725-731, 2007

Lasserre A, Younes N, Blanchon T, Cantegreil-Kallen I, Passerieux C, Thomas G, Chan-Chee C, Hanslik T: Psychotropic drug use among older people in general practice: discrepancies between opinion and practice. *Br J Gen Pract* 60: e156-62, 2010

Leikola S, Dimitrow M, Lyles A, Pitkälä K, Airaksinen M: Potentially inappropriate medication use among Finnish non-institutionalized people aged ≥ 65 years: a register-based, cross-sectional, national study. *Drugs Aging* 28: 227-236, 2011

Linjakumpu T, Hartikainen S, Klaukka T, Koponen H, Kivelä SL, Isoaho R: Psychotropics among the home-dwelling elderly--increasing trends. *Int J Geriatr Psychiatry* 17: 874-883, 2002

Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimea, iäkkäiden lääkityksen tietokanta, 2010. Haettu internetistä 28.1.2011:

http://www.fimea.fi/laaketieto/laakehoitojen_arviointi/iakkaiden_laakityksen_tietokanta

Lääkkeiden luokitus (ATC) ja määritellyt vuorokausiannokset (DDD) 2004, Lääkelaitos, Helsinki 2004

Lääkkeiden luokitus (ATC) ja määritellyt vuorokausiannokset (DDD) 2011, Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimea, Helsinki 2011

Magnusdottir SD, Ribacke M: Patients' knowledge and attitudes regarding sleep and hypnotics. *Scand J Prim Health Care* 14: 106-110, 1996

Mah L, Upshur RE: Long term benzodiazepine use for insomnia in patients over the age of 60: discordance of patient and physician perceptions. *BMC Fam Pract* 3: 9, 2002

Mansbridge B, Fisher S: Public knowledge and attitudes about diazepam. *Psychopharm* 82: 225-228, 1984

McLeod PJ, Huang AR, Tamblyn RM, Gayton DC: Defining inappropriate practices in prescribing for elderly people: a national consensus panel. *CMAJ* 156: 385-391, 1997

Mini-mental state examination (MMSE). Haettu internetistä 3.12.2011: www.terveysportti.fi/xmedia/hoi/hoi50044d.pdf

Nolan L, O'Malley K: Patients, prescribing, and benzodiazepines. *Eur J Clin Pharmacol* 35: 225-229, 1988

Nurminen J, Puustinen J, Kukola M, Kivelä SL: The use of chemical restraints for older long-term hospital patients: a case report from Finland. *J Elder Abuse Negl* 21: 89-104, 2009

Nurminen J, Puustinen J, Piirtola M, Tero Vahlberg T, Kivelä SL: Psychotropic drugs and the risk of fractures in old age: a prospective population-based study. *BMC Public Health* 10:396, 2010

Parr JM, Kavanagh DJ, Young RM, McCafferty K: Views of general practitioners and benzodiazepine users on benzodiazepines: a qualitative analysis. *Soc Sci Med* 62: 1237-1249, 2006

Pitkälä KH, Strandberg TE, Tilvis RS: Inappropriate drug prescribing in home-dwelling, elderly patients: a population-based survey. *Arch Intern Med* 162: 1707-1712, 2002

Puustinen J, Nurminen J, Kukola M, Vahlberg T, Laine K, Kivelä SL: Associations between use of benzodiazepines or related drugs and health, physical abilities and cognitive function: a non-randomised clinical study in the elderly. *Drugs Aging* 24: 1045-1059, 2007

Puustinen J, Nurminen J, Löppönen M, Vahlberg T, Isoaho R, Rähä I and Sirkka-Liisa Kivelä S-L: Use of CNS medications and cognitive decline in the aged: a longitudinal population-based study. *BMC Geriatr* 11:70, 2011

Puustinen J, Nurminen J, Vahlberg T, Lyles A, Isoaho R, Rähä I, Kivelä S-L: CNS Medications as Predictors of Precipitous Cognitive Decline in the Cognitively Disabled Aged: A Longitudinal Population-Based Study. *Dement Geriatr Cogn Disord Extra* 2: 57-68, 2012

Raivio MM, Laurila JV, Strandberg TE, Tilvis RS, Pitkälä KH: Use of inappropriate medications and their prognostic significance among in-hospital and nursing home patients with and without dementia in Finland. *Drugs Aging* 23: 333-343, 2006

Raynor DK, Blenkinsopp A, Knapp P, Grime J, Nicolson DJ, Pollock K, Dorer G, Gilbody S, Dickinson D, Maule AJ, Spoor P: A systematic review of quantitative and qualitative research on the role and effectiveness of written information available to patients about individual medicines. *Health Technol Assess* 11: iii, 1-160, 2007

Rikala M, Korhonen MJ, Sulkava R, Hartikainen S: Psychotropic drug use in community-dwelling elderly people-characteristics of persistent and incident users. *Eur J Clin Pharmacol* 67: 731-739, 2011

Rognstad S, Brekke M, Fetveit A, Spigset O, Wyller TG, Straand J. The Norwegian general practice (NORGE) criteria for assessing potentially inappropriate prescriptions to elderly patients. *Scand J Prim Health Care* 27: 153-159, 2009

Rowland M, Tozer TN, Clinical pharmacokinetics and pharmacodynamics, concepts and applications. Lippincott William & Wilkins, Philadelphia, 2009

Saastamoinen L, Enlund H, Klaukka T: Repeat prescribing in primary care: a prescription study. *Pharm World Sci* 30: 605-609, 2008

Salonoja M, Salminen M, Aarnio P, Vahlberg T, Kivelä SL: One-time counselling decreases the use of benzodiazepines and related drugs among community-dwelling older persons. *Age & Ageing* 39: 313-319, 2010

Schulz M, Schmoldt A: Therapeutic and toxic blood concentrations of more than 800 drugs and other xenobiotics. *Pharmazie* 58: 447-474, 2003

Siriwardena AN, Qureshi Z, Gibson S, Collier S, Latham M: GPs' attitudes to benzodiazepine and 'Z-drug' prescribing: a barrier to implementation of evidence and guidance on hypnotics. *Br J Gen Pract* 56: 964-967, 2006

Siriwardena AN, Qureshi MZ, Dyas JV, Middleton H, Orner R: Magic bullets for insomnia? Patients' use and experiences of newer (Z drugs) versus older (benzodiazepine) hypnotics for sleep problems in primary care. *Br J Gen Pract* 58: 417-422, 2008

Siriwardena AN, Apekey T, Tilling M, Dyas JV, Middleton H, Orner R: General practitioners' preferences for managing insomnia and opportunities for reducing hypnotic prescribing. *J Eval Clin Pract* 16: 731-737, 2010

Socialstyrelsen. Indikatorer för utvärdering av kvaliteten i äldres läkemedelsterapi. Socialstyrelsens förslag, Socialstyrelsen, 2003. Haettu internetistä 21.11.2011: www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/10645/2003-110-20_200311020.pdf

Socialstyrelsen. Indikatorer för god läkemedelsterapi hos äldre. Socialstyrelsen, 2010. Haettu internetistä 21.11.2011: www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18085/2010-6-29.pdf

Sosiaali- ja terveysministeriö: Geriatriksen hoidon ja vanhustyön kehittäminen -selvityshenkilön raportti. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2006:30. Helsinki 2006

Sosiaali- ja terveysministeriö. Lääkepolitiikka 2020. Kohti tehokasta, turvallista, tarkoituksenmukaista ja taloudellista lääkkeiden käyttöä. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2011:2. Helsinki 2011

Suomen lääketilasto 2001-2008. Lääkelaitos ja Kansaneläkelaitos. Edita Prima Oy. Helsinki 2002-2009

Suomen lääketilasto 2009. Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimea ja Kansaneläkelaitos. Juvenes Print – Tampereen yliopistopaino Oy. Helsinki 2010

Suomen lääketilasto 2010. Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimea ja Kansaneläkelaitos. Edita Prima Oy. Helsinki 2011

Suomen virallinen tilasto (SVT): Tieto- ja viestintäteknikan käyttö [verkkajulkaisu]. ISSN=1799-3504. Tilastokeskus. Helsinki 2011. Haettu internetistä 7.2.2012: www.stat.fi/til/sutivi/index.html.

Syvälähti E, Hietala J: Anksiolyyttiset lääkeaineet ja unilääkkeet. Kirjassa: Farmakologia ja toksikologia, ss. 389-401, 7. painos. Toim. Koulu M ja Tuomisto J, Medicina. Kuopio 2007

Tarn DM, Heritage J, Paterniti DA, Hays RD, Kravitz RL, Wenger NS: Physician communication when prescribing new medications. Arch Intern Med 166: 1855-1862, 2006

Ten Wolde GB, Dijkstra A, van Empelen P, van den Hout W, Neven AK, Zitman F: Long-term effectiveness of computer-generated tailored patient education on benzodiazepines: a randomized controlled trial. Addiction 103: 662-670, 2008

Thompson S, Stewart K: Older persons' opinions about, and sources of, prescription drug information. Int J Pharm Pract 9: 153-162, 2001

Tuorila H: Terveyspalvelut ja potilaiden voimaantuminen. Kirjassa: Kuluttajatutkimuskeskuksen vuosikirja 2009. Toim. Lammi M, Niva M, Varjonen J, Kuluttajatutkimuskeskus, Helsinki 2009

Turunen J: Kyselytutkimus. Kirjassa: Yhteiskunnallinen lääketutkimus –ideasta näyttöön. Toim. Hämeen-Anttila K ja Katajavuori N, Palmenia Helsinki University Press, 2008

Unettomuus. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Unitutkimusseura ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2008. Haettu internetistä 2.3.2011: www.kaypahoito.fi

Vermeeren A: Residual effects of hypnotics: epidemiology and clinical implications. CNS Drugs 18: 297-328, 2004

Voyer P, McCubbin M, Cohen D, Lauzon S, Collin J, Boivin C: Unconventional indicators of drug dependence among elderly long-term users of benzodiazepines. *Issues Ment Health Nurs* 25: 603-628, 2004

Zwaenepoel L, Bilo R, De Boever W, De Vos M, Reyntens J, Hoorens V, Sermeus W, Laekeman G: Desire for information about drugs: a survey of the need for information in psychiatric in-patients. *Pharm World Sci* 27: 47-53, 2005

LIITE 1. Perusterveydenhuollon potilaiden bentsodiatsepiinien käyttö kotona ja potilaiden tiedot bentsodiatsepiineista

KYSELYLOMAKE 2 (vain bentsodiatsepiineja käyttävät) ID |_|_|_|_|_|

Haastattelupäivä |_|_|.6.2004 Haastattelija:

Haastateltavan nimi _____

Sukupuoli 1. mies 2. nainen

Sotu |_|_|_|_|_|_|-|_|_|_|_|_|

LÄÄKEHOIDON TOTEUTUMINEN KOTONA JA KOKEMUKSET BENTSODIATSEPIINEISTA

1. Onko teillä omalääkäri terveyskeskuksessa tai käyttekö muualla pääasiassa yhden ja saman lääkärin vastaanotolla?

1. Kyllä
2. Ei

2. Potilaan **säännöllisesti** edeltäneen viikon aikana kotona käyttämät bentsodiatsepiinivalmisteet ja annokset

Lääkkeen kauppamerkki

Nimi (ja vahvuus) Annostus ja lääkemuoto ATC-koodi

a. _____ |_|_|_|_|_|_|_|_|

b. _____ |_|_|_|_|_|_|_|_|

c. _____ |_|_|_|_|_|_|_|_|

3. Potilaan **tarvittaessa** edeltäneen viikon aikana kotona käyttämät bentsodiatsepiinivalmisteet ja annokset

Lääkkeen kauppamerkki

Nimi (ja vahvuus) Annostus ja lääkemuoto ATC-koodi

d. _____ |_|_|_|_|_|_|_|_|

e. _____ |_|_|_|_|_|_|_|_|

f. _____ |_|_|_|_|_|_|_|_|

4. Miten potilas on ottanut näitä **tarvittaessa** otettavia lääkkeitä?

Seuraavissa kysymyksissä ”bentsodiatsepiini” tai ”bentsodiatsepiinilääkitys” korvataan kysyttäessä haastateltavan käytössä olevan bentsodiatsepiiniryhmän lääkkeen kaupanimellä.

5. Oletteko ottanut bentsodiatsepiininne annosohjeen mukaisesti?

a.

1. kyllä
2. ei, minkä annoksen ja montako kertaa päivittäin?

b.

1. kyllä
2. ei, minkä annoksen ja montako kertaa päivittäin?

c.

1. kyllä
2. ei, minkä annoksen ja montako kertaa päivittäin?

d.

1. kyllä
2. ei, minkä annoksen ja montako kertaa päivittäin?

e.

1. kyllä
2. ei, minkä annoksen ja montako kertaa päivittäin?

f.

1. kyllä
2. ei, minkä annoksen ja montako kertaa päivittäin?

6. Minä vuonna **säännöllisesti** käyttämäni bentsodiatsepiinilääkitykseni on aloitettu?

- a. Vuonna _____
- b. Vuonna _____
- c. Vuonna _____

7. Mihin sairauteen, syyhyn tai oireeseen **säännöllisesti** käyttämäni bentsodiatsepiini on aloitettu?

- a. _____
- b. _____
- c. _____

8. Minä vuonna **tarvittaessa** käyttämäni bentsodiatsepiinilääkitykseni on aloitettu?

- d. Vuonna _____
- e. Vuonna _____
- f. Vuonna _____

9. Mihin sairauteen, syyhyn tai oireeseen **tarvittaessa** käyttämäni bentsodiatsepiini on aloitettu?

- d. _____
- e. _____
- f. _____

10. Koitteko, että bentsodiatsepiinilääkityksestä olisi ollut aluksi hyötyä?

a.

1. kyllä, mitä? _____
2. ei _____

b.

1. kyllä, mitä? _____
2. ei _____

- c.
1. kyllä, mitä? _____
 2. ei _____
- d.
1. kyllä, mitä? _____
 2. ei _____
- e.
1. kyllä, mitä? _____
 2. ei _____
- f.
1. kyllä, mitä? _____
 2. ei _____

11. Koetteko bentsodiatsepiinilääkityksestänne olevan nykyisin hyötyä?

- a.
1. kyllä, mitä? _____
 2. ei _____
- b.
1. kyllä, mitä? _____
 2. ei _____
- c.
1. kyllä, mitä? _____
 2. ei _____
- d.
1. kyllä, mitä? _____
 2. ei _____
- e.
1. kyllä, mitä? _____
 2. ei _____
- f.
1. kyllä, mitä? _____
 2. ei _____

12. Saitteko bentsodiatsepiinilääkityksestänne aluksi haittavaikutuksia?

a.

1. kyllä, mitä? _____
2. ei _____

b.

1. kyllä, mitä? _____
2. ei _____

c.

1. kyllä, mitä? _____
2. ei _____

d.

1. kyllä, mitä? _____
2. ei _____

e.

1. kyllä, mitä? _____
2. ei _____

f.

1. kyllä, mitä? _____
2. ei _____

13. Koetteko saavanne bentsodiatsepiinilääkityksestänne nykyisin haittavaikutuksia?

a.

1. kyllä, mitä? _____
2. ei _____

b.

1. kyllä, mitä? _____
2. ei _____

c.

1. kyllä, mitä? _____
2. ei _____

d.

1. kyllä, mitä? _____
2. ei _____

e.

1. kyllä, mitä? _____
2. ei _____

f.

1. kyllä, mitä? _____
2. ei _____

LÄÄKEAINERYHMÄN HYÖDYT JA HAITAT

14. Onko kukaan seuraavista kertonut bentsodiatsepiinien

i. hyödyllisistä vaikutuksista?

	ei	kyllä, mitä?
1. lääkäri	1	2 _____ _____
2. sairaanhoitaja	1	2 _____ _____
3. terveydenhoit.	1	2 _____ _____
4. apteekin työntekijä	1	2 _____ _____
5. omainen	1	2 _____ _____
6. muu, kuka?	_____	_____

ii. haitoista?

	ei	kyllä, mitä?
1. lääkäri	1	2 _____ _____
2. sairaanhoitaja	1	2 _____ _____
3. terveydenhoit.	1	2 _____ _____
4. apteekin työntekijä	1	2 _____ _____
5. omainen	1	2 _____ _____
6. muu, kuka?	_____	_____

15. Oletteko tietoinen, että bentsodiatsepiinit menettävät tehonsa pitkäaikaisen käytön yhteydessä?
1. kyllä
 2. ei
16. Tiedätkö, että bentsodiatsepiineihin muodostuu riippuvuus ja niistä on vaikea päästä eroon?
1. kyllä
 2. ei
17. Tiedätkö, että bentsodiatsepiinihoidon äkillinen lopetus aiheuttaa vieroitusoireita?
1. kyllä
 2. ei
18. Oletteko tietoinen, että bentsodiatsepiinit aiheuttavat päiväsymystä?
1. kyllä
 2. ei
19. Oletteko tietoinen, että bentsodiatsepiinit aiheuttavat muistin heikkenemistä?
1. kyllä
 2. ei
20. Oletteko tietoinen, että bentsodiatsepiinit aiheuttavat lihasheikkoutta?
1. kyllä
 2. ei
21. Oletteko tietoinen, että bentsodiatsepiinit aiheuttavat masennusta?
1. kyllä
 2. ei
22. Oletteko tietoinen, että bentsodiatsepiinit eivät tehoa ja edistä unen saamista pitkäaikaisen käytön yhteydessä?
1. kyllä
 2. ei

23. Oletteko tietoinen, että bentsodiatsepiinit voivat johtaa siihen, että niiden käyttäjä kaatuilee toistuvasti?

1. kyllä
2. ei

24. Oletteko tietoinen, että bentsodiatsepiineilla ja alkoholilla on toisiaan voimistava vaikutus?

1. kyllä
2. ei

25. Oletteko koskaan yrittänyt lopettaa bentsodiatsepiinien käytön?

1. kyllä, milloin? _____
2. ei

26. VAIN JOS ON LOPETTANUT TAI YRITTÄNYT LOPETTAA

a. Tuliko vieroitusoireita?

1. kyllä, mitä? _____
2. ei

b. Miksi aloititte bentsodiatsepiinien käytön uudestaan?

27. Haluaisitteko nyt lopettaa bentsodiatsepiinien käytön?

1. kyllä
2. ei

28. Oletteko tietoinen, että bentsodiatsepiinien käyttö pitää lopettaa asteittain vieroitusoireiden esiintymisen estämiseksi?

1. kyllä
2. ei

Bentsodiatsepiinien käyttö pitää lopettaa asteittain kuukausien aikana oman lääkärin valvonnassa. Liian nopea lääkityksen lopettaminen voi johtaa vieroitusoireiden esiintymiseen.